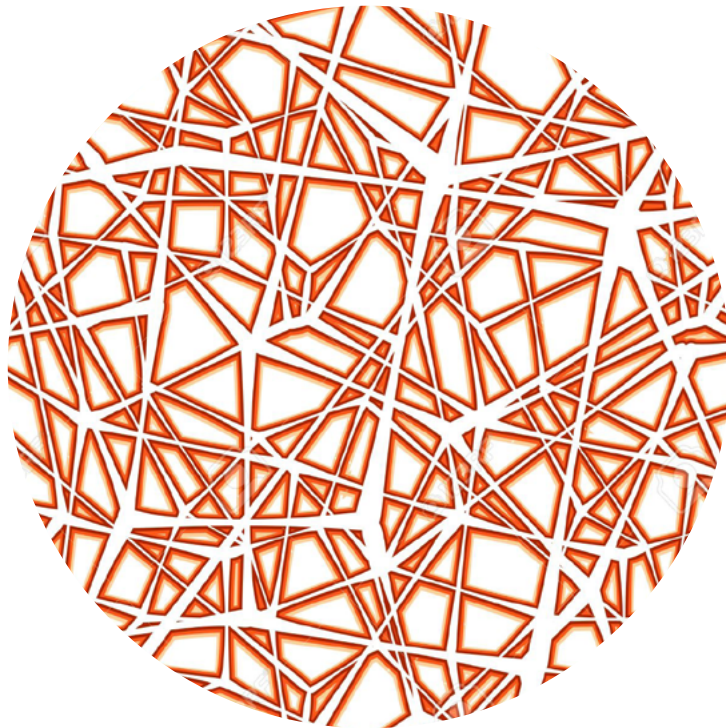


año 3 número 9 / abril 2016

ATLAS

9

otra revista de salud mental,
una revista de psiquiatría de enlace



ISSN 2362-2822

AUTOWAHN
editora

Editorial

Inauguramos el tercer año de ATLAS con un número lleno de información. Hemos tocado muchos de los caminos que se muestran activos en la actualidad (no vamos a revelar nada para que se sorprendan o, al menos no se frustren).

Tenemos el agrado de contar con invitados especiales que elevan la calidad de la publicación. La Dra. Gabriela Jufe interpretó el espíritu de ATLAS y nos ofrece un análisis personal del 2015. La Dra. Ingrid Brunke reincide con un interesante catálogo de las zonas pantanosas del cruce entre la medicina legal y la práctica psiquiátrica. Los Dres. Nicolás Alonso y Laura Fernández realizaron un completo paseo por el concepto de despersonalización que los dejará escindidos. Por último, ofrecemos la segunda clase de la Caja de Herramientas que está escribiendo el Dr. Federico Rebok.

Los editores, mientras tanto, hemos cambiado la forma de presentar nuestras notas y comentarios, para facilitar la lectura.

Cuando arrancamos el proyecto tener esta continuidad y recepción era impensado. Ahora ya no podemos no pensarlo. Y eso nos incentiva a seguir generando contenidos.

Si leen esto antes o durante el Congreso de APSA. Están invitados a la Mesa Redonda que organizamos este año: **“Atlas de los siniestro en psicopatología y literatura”**, el sábado a las 11:30 en el Salon Courier. Vamos a estar junto a los escritores Juan Terranova y Sebastián Robles.

También estaremos en dos actividades más: **“¿Que es ser hoy un psiquiatra?”**, una mesa que se pregunta lo que planteamos hace algunos números atrás (será el jueves a las 10:30 en el Atlántico B) y **“El espacio entre la formación y la transmisión”**, el viernes a las 18:15 en el Atlántico 1.

Basta de distracciones. Esperamos disfruten este número. Hasta el invierno!

Sumario

Editorial	2
El año de la inflamación (Javier Fabrissin)	5
Un año femenino (Gabriela Jufe)	10
El diagnóstico es pronóstico (Marcos Zurita).....	12
Caja de herramientas clínicas (Federico Rebok)	16
El caso del Ebselen (JF)	25
Caso por caso, eficacia por eficacia (MZ).....	30
Ser o no ser (Nicolás Alonso Laura Fernández)....	37
Psiquiatría en la problemática médico legal	53
Nutrición y Salud Mental	60
Cierre	66

ATLAS Año 3 N° 9. Otoño 2016. ISSN 2362-2822

Director: Marcos Zurita. Co-director: Javier Fabrissin. Autowahn Editora.
Capítulo de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace Asociación de Psiquiatras Ar-
gentinos. Lectores: maildeatlas@gmail.com

Av Belgrano 1431 1 "8" C1093AAO C.A.B.A. TE: 4383-6123 /
mail: autowahn@gmail.com

2015: El año de la inflamación

Javier Fabrissin

Aunque no sea nada nuevo, da la impresión que este año los investigadores encontraron un filón inagotable en las teorías inflamatorias o, al menos, en la asociación entre marcadores inflamatorios y algunas patologías psiquiátricas.

Para arrancar el año, en febrero, Khandaker y sus colegas, publican un artículo (1) que nos pone al día sobre el vínculo entre la Inflamación y la Inmunidad en la Esquizofrenia. Es una revisión no sólo completa sino que está dividida en varios apartados que responden a todos los puntos que un neófito acerca del tema se podría plantear, incluyendo posibles mecanismos fisiopatogénicos e implicancias para el tratamiento. El artículo está muy bueno, más allá de la opinión que uno pueda tener sobre este vínculo (el de la Esquizofrenia y la inflamación/inmunidad), y me parece importante resaltar dos puntos que podrían considerarse especialmente loables, ambos ubicados al final. El primero de ellos es que, remarcando lo que anuncian al comienzo, la relación que se pretende establecer entre la patología psiquiátrica y la inmunológica-inflamatoria no es

nada nueva y puntúan varios hitos históricos, comenzando en el s. XIX y recordando que un galardonado con el Nobel, el sinuoso médico Wagner-Jauregg ganó dicho premio a partir de proponer que las psicosis, al menos de origen orgánica (sifilítica), podían “curarse” mediante la inoculación de la versión más inútil del parásito de la malaria. El segundo punto que resaltaremos tiene que ver con una serie de preguntas orientadoras que los autores se plantean sobre esta temática. Es curioso (y casi una confesión) que la pregunta que ubican por encima de todas sea esta: “¿La concentración plasmática elevada de las citoquinas pro-inflamatorias son causa o consecuencia de la esquizofrenia?”. La pregunta dilemática, la serpiente que hace que, cuando parecía que estábamos a punto de llegar al final del recorrido, nos caigamos de nuevo al casillero del comienzo.

Con la Depresión pasa básicamente lo mismo. Por ejemplo, en el trabajo de Rita Haapakoski (2), como su asertivo título lo define, se efectúa un meta-análisis sobre 58 estudios publicados en los que se estudiaron la concentración de factores pro-inflamatorios en pacientes con depresión. Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre pacientes con depresión y el aumento de la Proteína C Reactiva y la IL-6, mientras que no resulta tan claro el nexo con el Factor de Necrosis Tumoral y, aún menos, con la IL-1. Dentro de las conclusiones, los autores sugieren que harían falta estudios que evalúen los niveles de factores inflamatorios según las presentaciones sintomáticas de la depresión.

Ellos lo pidieron y desde Finlandia le respondieron que, en efecto, las alteraciones en el sueño, la falta de energía y los cambios en el apetito son las dimensiones sintomáticas en las que existiría un aumento de la PCR de forma independiente (o sea, son síntomas en los que lo inflamatorio parece tener más peso). En el resto de las dimensiones sintomáticas de la depresión, el incremento de la PCR, si bien se constataba, no era independiente de los otros síntomas (3).

Desde luego, la idea detrás de todo esto es el potencial uso de fármacos anti-inflamatorios como adyuvantes del antidepresivo para el tratamiento de pacientes con depresión. Al respecto, uno de estos estudios con grupos poblacionales gigantescos de los países nórdicos, en este caso, Dinamarca, emplea una estrategia consistente en evaluar si el uso concomitante de antidepresivos y antiinflamatorios aumenta o disminuye la necesidad de consultas psiquiátricas y/o clínicas (4). Los autores encuentran que las dosis bajas del Ácido Acetil-salicílico y del Ibuprofeno disminuyeron la necesidad de consultas psiquiátricas (lo que es interpretado como un efecto aditivo beneficioso de la combinación). Por el contrario, el diclofenac y el celecoxib estaban asociados a un mayor riesgo (riesgo de muerte por problemas gastrointestinales) y, en particular el diclofenac, un empeoramiento de la depresión.

En una pirueta argumental sorprendente, algunos autores utilizan la idea de los marcadores inflamatorios (PCR, IL) para predecir la respuesta antidepresiva a los ácidos grasos omega 3, señalando que ésta es mayor en aquellos pacientes con niveles más elevados de dichos marcadores que en aquellos con niveles más bajos (5). (No viene al tema, pero la revisión Cochrane del 2015 sobre el uso de los Ácidos Grasos Omega 3 para el tratamiento de la depresión además de concluir lo mismo que se concluye en todas las revisiones Cochrane: “hace falta estudios de mayor calidad”, dice que el único estudio que compara directamente los Ac. Grasos Omega 3 con los antidepresivos muestra que el efecto antidepresivo es semejante).

Otros autores dan un paso más allá, y le propusieron a un grupo de pacientes con depresión y a otro de voluntarios sanos que, mientras estuvieran metidos en un Tomógrafo por Emisión de Protones, pensarán en algo triste. Encontraron un par de cosas que podrían engrosar la lista de información que no conduce a nada o ser la punta del ovillo de algo significativo (6). Básicamente, pensar en algo triste les aumentaba la IL-18

(integrante del súper grupo de las IL-1) tanto a los pacientes con depresión como a los que no. A su vez, este aumento plasmático se correlacionaba con un aumento de la neurotransmisión opioide en ciertas áreas cerebrales que, para el caso de los pacientes con depresión, consistía en un circuito que incluía la amígdala, el área tegmental ventral, el hipotálamo, el pálido ventral izquierdo y el tálamo medial bilateral.

Para concluir con esto, quisiera confesar una incógnita que la lectura de estos asuntos me genera, quizás una burrada, de esas cosas que en la Facultad uno no se animaba a preguntar. Si tanto la Depresión, la Esquizofrenia o, por ejemplo, el Trastorno por Estrés post-traumático (7) se presentan con un aumento de exactamente las mismas citoquinas inflamatorias: ¿de qué servirían como biomarcadores?, ¿qué estarían diferenciando si los valores elevados se repiten en uno u otro cuadro? Ojalá algún lector de Atlas pudiera enviarme la respuesta (en serio).

1. Khandaker GM, Cousins L, Deakin J, Lennox BR, Yolken R, Jones PB. *Lancet Psychiatry* 2015 Mar; 2(3): 258–270. Inflammation and immunity in schizophrenia: implications for pathophysiology and treatment. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4595998/>).

2. Haapakoski R, Mathieu J, Ebmeier KP, Alenius H, Kivimäki M. Cumulative meta-analysis of interleukins 6 and 10, tumour necrosis factor 0 and C-reactive protein in patients with major depressive disorder. *Brain Behav Immun*. 2015 Oct; 49: 206–215. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4566946/>).

3. Jokela M, Virtanen M, Batty GD, Kivimäki M. Inflammation and Specific Symptoms of Depression. *JAMA Psychiatry*. Published online November 18, 2015. (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2470679>).

4. Köhler O, Petersen L, Mors O, Gasse C. Inflammation and depression: combined use of selective serotonin reuptake inhibitors and NSAIDs or paracetamol and psychiatric outcomes. *Brain Behav*. 2015 Aug; 5(8): e00338.

5. Rapaport MH, Nierenberg AA, Schettler PJ, Kinkead B, Cardoos A, Walker R, Mischoulon D. Inflammation as a predictive biomarker for response to omega-3 fatty acids in major depressive disorder: a proof-of-concept study. *Mol Psychiatry*, 2016 Jan;21(1):71-9.

6. Acute experimental changes in mood state regulate immune function in relation to central opioid neurotransmission: a model of human CNS-peripheral inflammatory interaction. Prossin AR, Koch AE, Campbell PL, Barichello T, Zalzman SS, Zubieta J-K. *Molecular Psychiatry* (2015), 1–9. (<http://www.nature.com/mp/journal/vaop/ncurrent/pdf/mp2015110a.pdf>).

7. Passos IC, Vasconcelos-Moreno MP, Costa LG, Kunz M, Brietzke E, Quevedo J, Salum G, Magalhães PV, Kapczinski F, Kauer-Sant'Anna M. Inflammatory markers in post-traumatic stress disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Lancet Psychiatry*, 2015 Nov; 2(11):1002-12.

SALUD MENTAL EVERYWHERE

Salud Mental y Deportes



fuelle: Clarín

2015: Un año femenino

Gabriela Jufe

Javier Fabrissin me pidió que cuente lo que para mí fue lo más importante o significativo del año. Divertida, me sobrevino un aluvión de pensamientos. Tuve que seleccionar y ordenar. En la medida de lo posible decidí dejar de lado los eventos personales (no es el lugar para compartirlos). Elegí apartar también lo concerniente exclusivamente a la psiquiatría (pensé y hablé todo el año sobre esto, y una vez que tengo la oportunidad de otra cosa no quiero desperdiciarla). Y también la política (para qué polemizar acá). ¿Queda algo importante por fuera? Sí, y es más sutil y encantador. Pero aún así es mucho. Entonces me di cuenta de que a la lista que hice la recorre en parte algo en común: el lugar de la mujer, o su mirada del mundo, o la que el mundo tiene de ella. Me propuse entonces que esas sean las tijeras con las que volví a recortar mi lista.

Hace unos días una mujer muy fuerte dejó la Presidencia de la Nación. Y otra asumió la Gobernación de la Provincia de Buenos Aires. Y una tercera la Vicepresidencia del país. Viene a mi memoria también la lucha contra la violencia de género

y el # NiUnaMenos.

No recuerdo películas que me hayan dejado huella en este sentido, pero sí series. Una fue el policial sueco-danés “Bron/Broen”, cuyo personaje principal es una maravillosa mujer policía que parecería presentar un Síndrome de Asperger. Otra fue “Homeland”, cuyo personaje principal, también una mujer, excelente agente de la CIA, tiene un trastorno bipolar y está medicada con clozapina. La tercera serie que me enamoró fue “The Killing”, versión estadounidense (estoy viendo aún la versión danesa). Disculpen los que no la vieron, pero la declaración de amor del capítulo final merece figurar en alguna antología. Morí de amor.

Y siguiendo con mi sesgo autoimpuesto, de los numerosos libros que leí recorto entonces “También esto pasará”, de Milena Busquets, hermoso libro sobre un duelo. Me deleité y sufrí con “Algún día nos lo contaremos todo”, de Daniela Krien. Historia de amor, pasión y sufrimiento durante la reunificación de la dos Alemanias. Y muy vinculado a la mujer y a la psiquiatría fue interesante el libro “Días sin hambre”, de Delphine de Vigan, donde la autora cuenta la grave anorexia de su juventud. Este libro, que por sí solo no incluiría en esta lista, lo traigo porque llegué a leerlo por ser psiquiatra y curiosa, dado que su anorexia era mencionada en otro libro de esa escritora que leí el año pasado. Ese otro, “Nada se opone a la noche”, también sobre un duelo, con la descripción de un trastorno bipolar y una familia disfuncional, me resultó tan sorprendentemente emocionante y atrapante que bien vale que lo mencione aún en la lista del 2015. Y casi cayéndose de este año acabo de terminar de leer “Las fidelidades”, de Diane Brasseur, que merece estar en la lista. Visión femenina de la fidelidad/infidelidad en la cabeza de un protagonista masculino. No es para un final con bombos y platillos, pero es interesante.

El diagnóstico es pronóstico

Marcos Zurita

En el número de marzo del *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Nassir Ghaemi escribe un editorial a partir de uno de los trabajos publicados que plantea formas concretas de diferenciar el Trastorno Bipolar del Trastorno Borderline.

¿Otra vez con este tema?, dirán algunos lectores cansados de la misma nube de tags que inunda los papers de la especialidad. Rescatamos este comentario porque habla de elementos prácticos para la clínica.

Una serie de trabajos, entre los que se incluye *Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder*, Bayes, McClure et al, tratan de definir diferentes variables presentes en pacientes con estos diagnósticos, no sólo según el DSM sino también, separadamente, según criterio clínico y entrevistas/cuestionarios. La idea es buscar predictores fieles que ayuden a diferenciar (o al menos tener mas chances de discriminar) los dos diagnósticos. ¿Por qué es importante esto? Sirve de poco en un contexto en donde los diagnósticos se utilizan como una demanda burocrática (prepagas, obras sociales, certificados, etc). Sin embargo, para el tratamiento clínico, poder diferenciar un diagnóstico de forma asertiva es

nada más ni nada menos que pensar el futuro del paciente. Saber qué herramientas serán efectivas y cuáles no. Poder prevenir recaídas, afinar el tratamiento farmacológico, u ofrecer dispositivos acordes a su evolución y no de forma automática.

Por ejemplo, en el estudio citado, el antecedente de abuso sexual en la infancia, está presente en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar en un 12 % en contraste con el 42% de los pacientes diagnosticados borderlines. Si se amplía la cuestión a un “trauma”, éste se presenta en un 35% los pacientes con Trastorno Bipolar contra un 65% de borderlines.

Las autolesiones también presentan diferencias importantes (83% borderlines, 45% bipolares). Los antecedentes de trastorno bipolar se presentan en el 41% de los pacientes bipolares y el 20% de los borderlines. Los intentos de suicidios se dan en el 60% de los pacientes borderlines vs el 30% de bipolares. Si se tienen en cuenta diagnósticos clínicos por fuera del DSM, la brecha se agranda (70% vs 30%).

Todos esto lleva a pensar que si están presentes abuso sexual, autolesiones y despersonalización, aun con presencia de síntomas que están en la zona gris de los dos diagnósticos, el diagnóstico de borderline está casi asegurado (en otras palabras, se puede errar menos).

En cambio, si el cuadro comienza con un episodio de manía o hipomanía, aun con otras cuestiones borderlines presentes, el diagnóstico de bipolar paga 9 a 1.

Kraepelin fue quien acuñó el concepto, la máxima, de “diagnóstico es pronóstico”. Lo dice en un contexto en que diferenciar psicosis maníaco depresiva de demencia precoz salvaba vidas. Para tener una idea de la importancia de esto, recomendamos leer “La curación infinita” (Editorial Adriana Hidalgo, 2008), que contiene la transcripción de la historia clínica de Aby Warburg que hace Ludwig Binswanger. Binswanger diag-

nostica el brote de Warburg como esquizofrenia (era discípulo de Bleuler). La familia del paciente realiza una interconsulta con Kraepelin, quien luego de ver al paciente dice que lo que padece es una psicosis maníaco depresiva y que se va a recomponer. Bisnwanger sigue en su postura y en una carta personal hacia otro colega trata a Kraepelin y su diagnóstico de forma sarcástica (lo que evidencia que los celos entre profesionales siguen intactos desde Hipócrates). No vamos a spoiler quién tuvo razón, porque lo interesante no es eso, sino que lo que se juega en el diagnóstico es el provenir del paciente.

Hoy, con cientos de diagnósticos dando vueltas, pareciera que el valor de afinar la semiología no tiene sentido. Es verdad que los tiempos no ayudan (Bisnwanger vivía con el paciente, no lo atendía quince minutos cada dos meses) pero justamente por eso, trabajos como el mencionado, ayudan a ser más eficaces en el uso del tiempo con el paciente.

Por último, el embudo farmacológico que hace que muchos diagnósticos diferentes sean medicados con un puñado de drogas, tampoco favorece a la pasión por el diagnóstico. Al “si es ansiedad o depresión, para el caso es lo mismo porque le damos un IRSS” se le debería oponer un “¿Cómo va a ser lo mismo? ¿Qué vida le espera a un paciente con trastorno depresivo mayor? ¿qué se recorta en un paciente ansioso?”.

MZ

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.12560/full>

SALUD MENTAL EVERYWHERE

El DSM de una suegra

"¿Quién es este monstruo diabólico, bipolar, trola, falopera, mala, fiestera, antipática, esquizofrénica, fría calculadora y soberbia? Y lo peor de todo, y me arrepiento, es que hasta el 11 de septiembre la defendí", cierra.

TAGS: [Elena Alé](#) [María Del Mar Cuello Molar](#)
[Matías Alé](#)

fuelle: Clarín, sobre la internación de Matías A.

Caja de herramientas clínicas: cronosemiología

Federico Rebok

Psiquiatra clínico

«Línea de tiempo»

En el capítulo anterior comenzamos a adentrarnos en la parte «contable» de la especialidad. Hoy desarrollaremos el concepto de «línea de tiempo» en mayor profundidad.

Para ello, nos valdremos del desarrollo vital de la mujer, porque a estos fines, parece ser el género más completo. Vale aclarar que haremos un racconto vital desde la perspectiva de la psiquiatría del adulto, y excludiremos toda mención a la psiquiatría infanto-juvenil.

Comencemos. Existen dos historias que definen nuestra vida: la historia genética, nuestra “pre-historia” y la biográfica, que comienza a desplegarse a partir del nacimiento -o tal vez desde la concepción- (ver Gráfico 1).

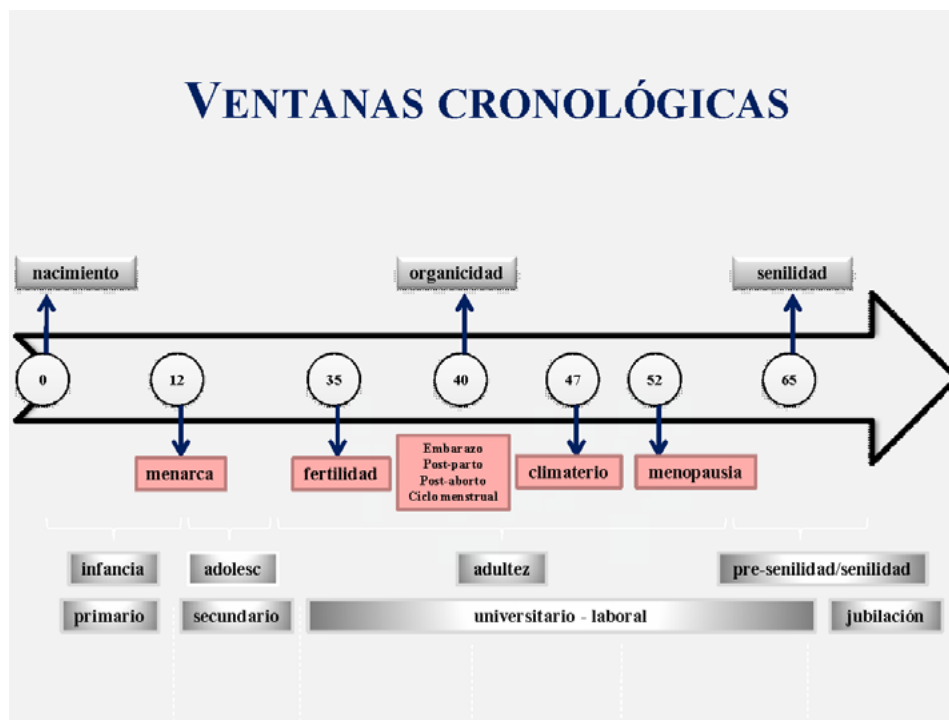


Gráfico 1. Línea de tiempo y desarrollo vital

El nacimiento es un período crítico y de especial vulnerabilidad. El periparto puede ser subsidiario de muchos problemas, como la hipoxia perinatal o el sufrimiento fetal agudo, y éstos pueden condicionar subsiguientes problemas en el desarrollo psíquico.

Podríamos afirmar que existe un primer hiato biológico que va desde el nacimiento y el primer hito biológico de la mujer, la menarca: es el período infantil. A este período biológico le corresponde un correlato psicosocial, la educación primaria. En este período, las primeras experiencias infantiles, tanto en el hogar como en el colegio, cobran especial relevancia en el desarrollo mental. Durante este período se produce el desarrollo cognitivo y el desarrollo emocional del niño. **El desarrollo cognitivo** puede venir condicionado por factores

genéticos (ej. cromosomopatías), factores maternos del embarazo (ej. infecciones como rubéola) o, como ya dijimos, por factores propios del parto (ej. hipoxia perinatal) y factores postnatales como infecciones (ej. meningitis) y desnutrición. Esto puede condicionar un deficiente desarrollo mental que se manifiesta primariamente en el plano intelectual -aunque no solamente en él-. Por su parte, **el desarrollo emocional** va a estar en gran medida condicionado por las primeras experiencias infantiles. Podrán afectarlo las situaciones de abuso (sexual, pero también físico o verbal) y negligencia. Éstos condicionan un inadecuado etiquetamiento y regulación de las emociones. Muchos pacientes con trastorno límite de la personalidad, aunque habiendo culminado en forma adecuada su desarrollo cognitivo, presentan deficiencias en el desarrollo emocional (además de presentar una vulnerabilidad emocional de base biológica). Lo mismo sucede con pacientes que presentan un consumo problemático de sustancias.

Las alteraciones más graves del desarrollo cognitivo (ej. retrasos más graves) se presentan a edades más tempranas, o ya desde el nacimiento, tanto más cuanto vengán condicionados genética o congénitamente. Las alteraciones más leves, en cambio, comenzarán a visibilizarse durante el colegio primario, que es, como dijimos, el correlato psicosocial que acompaña a nuestro primer hiato biológico que va desde el nacimiento hasta la pubertad.

Asimismo, las alteraciones más graves del desarrollo emocional se presentarán a tempranas edades, pero de la mayoría de ellas se observará su consecuencia en el siguiente hito biológico/psicosocial: la adolescencia. Ésta es la edad, por ejemplo, en la que se hace visible el trastorno límite de la personalidad y las adicciones.

La menarca es el hito biológico que marca el paso de la infancia hacia la pubertad/adolescencia. Su correlato psicosocial

en nuestro medio es el inicio del colegio secundario. La adolescencia constituye una etapa de franca vulnerabilidad: constituye un período de transición biológica/psicológica importante. Aquí pueden eclosionar ciertos trastornos neuróticos, como los trastornos de ansiedad, ciertos trastornos afectivos, y ciertos trastornos psicóticos, como la esquizofrenia de inicio juvenil (esquizofrenia hebefrénica o desorganizada). Y, como dijimos, se manifestarán aquellos problemas propios de una inadecuada regulación emocional, tal como el trastorno límite de la personalidad y el trastorno por abuso de sustancias.

Todos estos trastornos que surjan en esta etapa de la vida tendrán repercusión sobre la vida social y académica del adolescente. En el caso de la esquizofrenia de inicio juvenil, aparecerán por ejemplo, dificultades en la abstracción y síntesis mentales, con el consecuente fracaso académico, y comenzarán a manifestarse conductas disruptivas. El escaso desarrollo vital no permitirá la elaboración profusa de los síntomas psicóticos tradicionales: a manera de ejemplo, el delirio que aparezca en esta etapa de la vida será más bien pobre, es decir, un delirio mal sistematizado.

Ya también desde la adolescencia, comienza el período fértil de la mujer. Éste podrá acompañarse de diversos trastornos relacionados a los ciclos que se dan durante este período. Diversos trastornos afectivos (generalmente bipolares) y diversas psicosis agudas de buen pronóstico, podrán asociarse a ciertas etapas del ciclo menstrual, al embarazo, al post-parto, y al post-aborto.

Durante toda la vida adulta, que la podemos delimitar entre el final de la adolescencia y la presenilidad, y cuyo correlato psicosocial se inicia con la educación universitaria o directamente con la entrada y continuidad de la vida laboral, aparecen toda clase de trastornos afectivos con la depresión bipolar, más cercana al período de la adolescencia. Dentro de las

psicosis, después de los 25 a 30 años, pero generalmente antes de los 40 años, aparece la esquizofrenia de inicio del adulto, la esquizofrenia paranoide, que incluye a muchas de las viejas “parafrenias” de la psiquiatría clásica, que cursan con un delirio polimorfo crónico.

Los 40 años marcan la edad «bisagra» a partir de la cual comienzan a ser más frecuentes ciertas patologías como la depresión unipolar o la paranoia (trastorno delirante). Especialmente se asocian cuadros depresivos con la llegada del climaterio y la menopausia, que pueden adquirir un característico tinte agitado. Es importante tener en cuenta que la presentación de novo de cualquier trastorno mental luego de los 40 años, obligará a descartar patología orgánica.

Durante la presenilidad, que coincide con uno de los momentos más importantes de la vida laboral, dada la experiencia vital adquirida, pueden, sin embargo, iniciarse ciertos trastornos orgánicos con profunda afectación de la personalidad, como la demencia fronto-temporal. A su vez, durante la senilidad, que coincide con el inicio de la edad jubilatoria, pueden aparecer otros cuadros orgánicos con una profunda afectación cognitiva, como la enfermedad de Alzheimer. La senilidad, al igual que la adolescencia, constituye otra etapa de transición biológica/psicológica importante.

El atento lector se preguntará para qué se ha realizado este pequeño racconto. Lo hemos hecho, básicamente, para introducir el concepto de «ventanas cronológicas», las cuales podemos definir como las franjas de tiempo durante las cuales es más frecuente la presentación de un determinado trastorno mental.

Si bien parece un término más que lógico, en psiquiatría en general se sanciona a quien trata de realizar una correlación edad/trastorno. Sin embargo, cuanto más “neuro” sea el trastorno, más se le aceptará la correlación. Por ejemplo, la rela-

ción entre edad y enfermedad de Alzheimer.

Pero lo mismo podríamos decir de muchos otros trastornos. Pensemos por la negativa. A nadie se le ocurriría realizar un diagnóstico de paranoia en un chico de 4 años de edad. A nadie se le ocurriría diagnosticar una discapacidad intelectual o un retraso mental en alguien que inicia un deterioro cognitivo a los 65 años de edad.

Terminaremos diciendo, entonces, que es importante identificar la edad a la que se inició el trastorno mental (que no necesariamente es la edad de primera consulta o internación) y que existen ventanas cronológicas durante las cuales es más frecuente que se presente tal o cual trastorno.

Respuesta a la pregunta anterior: una depresión bipolar se presentará con un aspecto más polimorfo que una depresión unipolar.

SALUD MENTAL EVERYWHERE

Ecos del grunge



fuentes: Noticias con impacto

Los 7 artículos más leídos de PLOSone

PLOS=Public Library of Science (Librería Pública de la Ciencia). Se publican artículos de acceso gratuito y con una alta calidad científica (al menos en términos de seriedad metodológica). Esta es la lista de los más leídos:

1) Polinizadores y otros insectos voladores dentro y fuera de la Zona de Evacuación de Fukushima

2) Las Palomas (*Columba livia*) como observadores entrenables para la patología y la radiología de imágenes de cáncer de mama (perdón por la traducción)

Comentario: Sí!!! Estudian si las palomas pueden servir para la detección de imágenes sospechosas de cáncer de mama!!! ¿Peter Gabriel quería enseñarle a los monos a tocar el piano?

3) Un meta-análisis del impacto de los cultivos genéticamente modificados

4) Mirando al campo: Descripción paleolítica de un campo de cazadores-recolectores

5) Las preferencias musicales están vinculadas con los estilos cognitivos

Comentario: Las personas con tendencia a la empatía prefieren música tranquila (¿aburrida?): R&B/soul, adulta contemporánea, soft rock); las personas con tendencia a ser sistemáticos prefieren música “intensa”: punk, heavy metal y hard rock.

6) Un fémur homínido con afinidades arcaicas del pleistoceno tardío del sudeste de China

7) Las preferencias de las mujeres acerca del tamaño del pene: un nuevo método de investigación usando una selección entre modelos 3D

Comentario: Tamaño preferido: alrededor de 16,3cms. de largo y 12 cms. de circunferencia.

Fuente: <http://www.plosone.org/#popular>

El caso del Ebselen: un fármaco que sirve para todo

Javier Fabrissin

El Litio, con su origen natural, su descubrimiento fortuito y su implacable vigencia, se mofa de tanta tecnología volcada al servicio de la salud (mental). A lo cual se le agrega la incomodidad de no terminar de saber exactamente y del todo por qué es eficaz y que ningún nuevo fármaco logre desbancarlo. Quizás sea por eso que, cuando hace unas semanas leímos que había un nuevo fármaco (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26593266>) que copiaba los efectos del Litio pero sin traer sus efectos secundarios, nos provocó una inmediata curiosidad. Veamos punto por punto.

1. Ebselen es un nombre que prende inmediatamente. Remite a algún robot de intenciones poco amistosas, aunque también puede verse como una deformación de “excelente” (M. Burns frotándose las manos). Tiene su propia entrada en Wikipedia (<https://en.wikipedia.org/wiki/Ebselen>), de donde se puede obtener un resumen de su historia.

2. Daiichi-Sankyo es un laboratorio que tiene una “pasión por la innovación” (<http://www.daiichi-sankyo.es/>) y que

estuvo estudiando un compuesto para el tratamiento agudo de los pacientes con ACV, cuya acción semejante a la de la glutatión-peroxidasa le confiere funciones antioxidantes. Las publicaciones iniciales (<http://stroke.ahajournals.org/content/29/1/12.long>) le daban una perspectiva auspiciosa, pero parece que, al igual que Radamel Falcao, no pudo sostener su rendimiento y se abandonaron los ensayos clínicos destinados a probar su eficacia para esta indicación.

3. El Repositorio de Pequeñas Moléculas del Instituto de Salud de los EEUU (<http://nihsmr.evotec.com/evotec/>) es un sitio que ofrece moléculas que alguna vez fueron sintetizadas pero para las que no se les pudo destinar algún uso real (y redituable). La idea de este “banco” es que se les pueda dar alguna utilidad para la investigación y, eventualmente, para su empleo terapéutico. Se emparenta con otras bases de datos de drogas que fueron estudiadas para alguna patología y que, llegando al umbral de su aprobación, a la Fase 3 de los ensayos clínicos, se abandona su uso porque no terminan resultando efectivas para esa indicación (Véase: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3743608/pdf/dddt-7-753.pdf>). Son algo así como una chatarrería donde los investigadores pueden ir a elegir alguna droga para ver si puede servir para algo. Desde cierto punto de vista, se lo puede pensar como un servicio, como un ofrecimiento de moléculas/drogas que pasaron por varios años de pruebas y a las que se las puede considerar seguras (por su tolerancia); desde otro punto de vista, es un manotazo para ver si se le puede sacar algún beneficio a algún fármaco que, de otro modo, hubiera quedado en el olvido. Dos de los mayores emprendimientos, uno en los EEUU y otro en el Reino Unido, involucra al Gobierno y a empresas privadas (laboratorios).

4. Nisha Singh es una investigadora que metió mano al Repositorio de pequeñas moléculas para tantear si el Ebselen podía tener alguna función (o representar un papel o actuar)

para el Trastorno Bipolar. En el 2013 publicó una primera aproximación al asunto, al mencionar que este fármaco tiene un efecto inhibitor de la enzima inositol monofosfatasa, mecanismo de acción similar a uno de las tantas cosas que hace el Litio en las células (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3605789/>). De este modo, comenzó a abrir una senda entre la maleza que permitía augurar un fármaco que podría ser útil para el Tratamiento del Trastorno Bipolar.

5. Dos años son los que pasaron hasta que una nueva publicación importante apareciera en torno al uso del Ebselen en el Trastorno Bipolar. En Noviembre del 2015, se publica el resultado del Ebselen en seres humanos, en los que se comprobó que reduce el mio-inositol en la corteza cingulada anterior, además de disminuir el sueño de ondas lentas y de incidir en el procesamiento emocional (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26593266>). Estos datos son presentados como pruebas de su potencial uso para el tratamiento del Trastorno Bipolar.

6. Trivia. ¿qué tienen en común las siguientes patologías?: Pérdida de la audición por trauma acústico (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17030476>), infecciones producidas por Clostridium Difficile (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26547239>), infecciones por estafilococos multirresistentes (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481386/>), lesión isquémica de nervios periféricos (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26614850>). Respuesta: son patologías para las cuales el Ebselen fue y está siendo estudiado.

Sintetizando. El caso del Ebselen nos muestra una variante novedosa de la investigación farmacológica. Mezcla algo de la vieja serendipia y de la moderna síntesis racional de fármacos. Recordemos que la serendipia implica que al observar los efectos de un determinado fármaco se detectaba que además

o más allá del efecto investigado se descubría alguno adicional que podría dar lugar a su uso para una patología diferente. Lo aquí descrito es una especie de perversión de ello. Se tantea en medio de las penumbras de la proteiforme neurobiología para ver si alguna teoría de las que suelen pulular justifica el ensayo de alguno de esos fármacos de descarte.

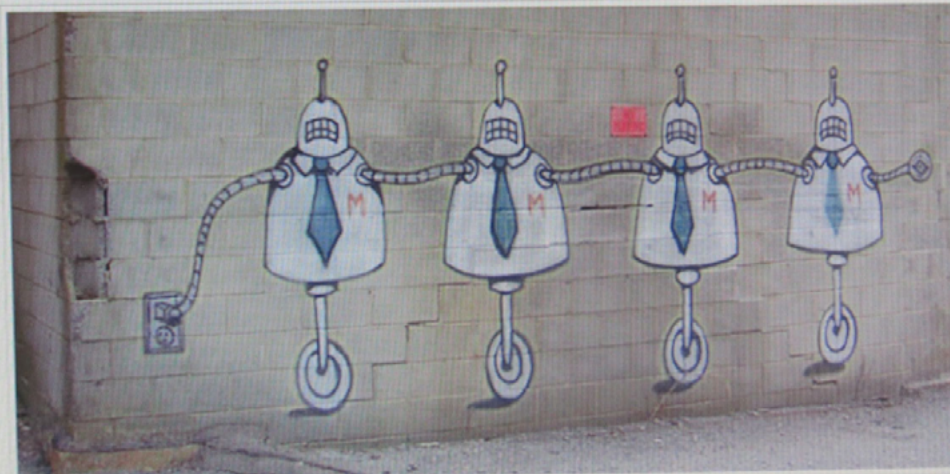
Preguntas finales. ¿Podríamos bautizar a este mecanismo como una serendipia racional? ¿Es posible que un fármaco pueda tener tantas aplicaciones, que pueda servir para el tratamiento de cuadros tan disímiles? ¿Es un retorno científico a la idea de la panacea o simplemente un ejemplo más de lo relativo de la investigación farmacológica y de sus cuestionados productos terapéuticos? A veces causa un poco de gracia, a veces tristeza.

SALUD MENTAL EVERYWHERE

Marvin, el androide paranoico: cómo analizar miles de apps en simultáneo

POR DENISE GIUSTO BILIĆ PUBLICADO 16 MAR 2016 - 10:13AM

DISPOSITIVOS MÓVILES



Ayer nos dedicamos a realizar la cobertura de [Segurinfo 2016](#) en Argentina, donde otra de las

fuente: El futuro

Caso por caso, eficacia por eficacia

Marcos Zurita

Los psicoanalistas hablan mucho del “caso por caso”. La versión más noble del concepto es que cada paciente es diferente, cada subjetividad es única. Se contrapone con la hegemonía del DSM, en donde el “caso por caso” se muere en el instante en que se cumplen los criterios diagnósticos de alguno de sus diagnósticos.

En medicina general, una tuberculosis suele ser una tuberculosis, cuanto mucho, será resistente o respondedora. El “caso por caso” de la oncología es el estadio de la enfermedad en el paciente.

Si uno escucha con atención, algunos psicoanalistas hablan del “caso por caso” luego de haber hecho una generalización. Una especie de pedido de disculpas por haber generalizado. Es entendible el valor del “caso por caso” para poder ver las diferencias subjetivas de los pacientes, pero no desde una superioridad moral frente a los fascistas generalizadores, sino como la posibilidad de tener herramientas más eficaces para el tratamiento, para afianzar la relación médico-paciente y para resistir la tendencia a cosificar a las personas que tiene cualquier sistema de salud.

Ahora bien, la generalización bien entendida, esto es,

como mecanismo para ordenar cuadros y hacer mas eficaz una acción médica, es vital y necesaria. Si la culpa por generalizar inhibiera la clínica, no se podría conceptualizar la enfermedad. Si tengo rigidez de nuca, cefalea y fotofobia, no me gustaría que el médico de guardia diga “vamos a esperar a ver qué más hay, esto es ‘caso por caso’”. prefería que sea prejuicioso y sospeche una meningitis.

Los historiales de Freud son grandes y eficaces generalizaciones. Una generalización tiene dos destinos. Si no se sostiene en el tiempo, si se aleja cada vez mas de los hechos, muere en un prejuicio o en el caldo moral. Si en cambio se replica con fluidez, si ordena casos confusos, vive en un concepto, en un diagnóstico. Para seguir con el ejemplo, el Hombre de las Ratas describe mucho mejor que el DSM la dinámica de la neurosis obsesiva (quizás lo de neurosis es la parte que no se sostuvo tanto). Es una tensión sin un ganador claro: ¿es de mejor calidad el conocimiento al que se llega por el camino de la profundidad del “caso único” o al que se arriba por una verdad estadística?

Hay que poder diferenciar entre obsesivos para poder afinar un tratamiento. En el arte de moverse entre el diagnóstico y el tratamiento está la excelencia medica de hoy.

No se deberían oponer el caso por caso a la generalización porque en la práctica, son dos puntos sobre los que se desarrolla una dialéctica. Se va del concepto a la circunstancia particular y se vuelve a ir y venir hasta que el cuadro se va resolviendo. Si se entienden como puntos excluyentes, se corre el riesgo de quedar atrapados en los cantos de las sirenas que sesgan. El fanático del caso por caso quizás no medicará un brote psicótico, esperando que se develen mas detalles coyunturales, y el fan de las generalizaciones, medicará cualquier vaivén emocional, mas allá de las circunstancias particulares.

En el mundo de la farmacología, el caso por caso aparece bajo la forma de pacientes que no reaccionan igual frente a drogas del mismo grupo. No todos los antipsicóticos son igual de eficaces en todas las esquizofrenias.

En el número de marzo del JAMA, se publica un metaanálisis que arribó a la conclusión de que la clozapina no es muchísimo mas eficaz que otros antipsicóticos de segunda generación en las esquizofrenias resistentes. La desangelaron. Quizás sea el principio del fin de la generalización de que la clozapina es la mejor de todas (y que por eso te puede matar, dirá un poeta romántico), y el péndulo se mueva otra vez hacia las multiplicidad del caso por caso.

MZ

(agradezco a Manuel Murillo, que me respondió amablemente unos mails sobre algunas cuestiones epistemológicas, que seguramente malinterpreté)

http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2488040&utm_source=FBPAGE&utm_medium=social_jn&utm_term=379048551&utm_content=content_engagement%7Carticle_engagement&utm_campaign=article_alert&linkId=21788544

¿Uno o dos antipsicóticos?

Javier Fabrissin

Lo digo de entrada para sacarme de encima la contricción: no leí el artículo entero, sólo el resumen. Pero, aún a riesgo de que el trabajo completo adolezca de enormes fallas que atenten contra los resultados publicados en el abstract, elijo hablar sobre este artículo porque aborda un asunto importantísimo que, en su alusión más formal, corresponde a la lógica del tratamiento racional y que, en su alusión más de acusatoria, correspondería a la sobremedicación de los pacientes.

En este caso, los autores cuestionan el uso de más de un antipsicótico para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Esquizoafectivo (1). Para ello, diseñaron un estudio prospectivo de 12 semanas, a doble ciego en el cual se dividió en dos grupos a pacientes que venían recibiendo dos antipsicóticos. Un grupo (n=17) siguió con los dos antipsicóticos, al otro se le suspendió uno, por lo que sólo continuó con un antipsicótico (n=18). Durante el seguimiento se los fue evaluando con varias escalas (BPRS, CGI, S-AS y BAS) y al finalizar el estudio, los autores encontraron el 80% de los pacientes de la muestra inicial que recibían dos antipsicóticos pudieron satisfactoriamente ser tratados con un solo antipsicótico sin que se observara un deterioro clínico. Si se

mira la copa media vacía se dirá que el 20% restante (o sea, 4 pacientes) sí tuvo un deterioro clínico que obligó al abandono del estudio (en el grupo de dos antipsicóticos, uno solo discontinuó); si se ve la copa media llena, se podría decir que sólo una pequeña proporción de pacientes se benefician con el uso de más de un antipsicótico.

Aunque los autores aseguran que es el primer estudio prospectivo diseñado para dicho propósito, la literatura nos acerca uno cuyo parecido podría considerarse, cuanto menos, el de un primo hermano. No sólo por el diseño sino por los resultados. En efecto, en el 2011 se publica un trabajo de Essock y cols. (2), que forma parte del Schizophrenia Trial Network, en el que se divide la muestra de 127 pacientes que venían recibiendo tratamiento con dos antipsicóticos en dos grupos: a uno se los mantiene con el mismo esquema, al otro se le discontinúa uno de los antipsicóticos. A los 6 meses, la discontinuación fue mayor en el grupo de monoterapia (31% vs. 14%), pero de igual modo que el trabajo de Borlido, dos tercios de los pacientes a los que se les sacó un antipsicótico, siguieron bien e incluso mejor en algunas mediciones que los que siguieron con los dos. Otro estudio algo más antiguo, (3) en el que se evaluó los efectos de que 44 pacientes con Esquizofrenia Crónica pasaran a tomar un único antipsicótico (venían tomando dos), dio por resultado que 54,4% permanecieron estables, 22,7% mejoró y 22,7% empeoró. Números más o menos semejantes, en definitiva.

Como sin rodeos lo plantean Fleischhacker y Uchida en una revisión del 2014 sobre el tema (que se incluye en un número del International Journal of Neuropsychopharmacology dedicado a la polifarmacia en psiquiatría y de acceso gratuito), ninguna Guía Clínica recomienda la terapia con más de un antipsicótico excepto por breves periodos. (4) A pesar de ello, señalan que la politerapia con antipsicóticos es común, con prevalencias de entre el 4-70% de los pacientes. Además,

del riesgo de aumentar efectos secundarios, de aumentar costos de tratamientos, y aún aceptando que en ciertas instancias clínicas podría considerarse racional emplear dos antipsicóticos para una mejor cobertura de síntomas (ej.: algún antipsicótico sedativo asociado a uno de alta potencia) o minimizar efectos secundarios (ej.: aripiprazol asociado a clozapina para mejoría de parámetros metabólicos), los autores resaltan que esa racional no cuenta con suficiente apoyo empírico (lo que en estas épocas no implica una destitución tan absoluta), pero más que nada, que la combinación de dos antipsicóticos, al contrario de lo que se podría pensar, está relacionada con el uso de mayores dosis de los antipsicóticos. Es decir: usar dos antipsicóticos conduce al uso de dosis mayores que las que se emplearían en la monoterapia.

Finalmente, se pueden entender las motivaciones por las cuales un paciente recibe dos antipsicóticos, pero es bueno reconocer que muchas veces el uso de esquemas farmacológicos responde más a la inercia o comodidad del prescriptor o a costumbres institucionales más que a necesidades clínicas actuales.

Borlido C, et al. Switching from 2 Antipsychotics to 1 Antipsychotic in Schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled Study. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2016; 77(1).

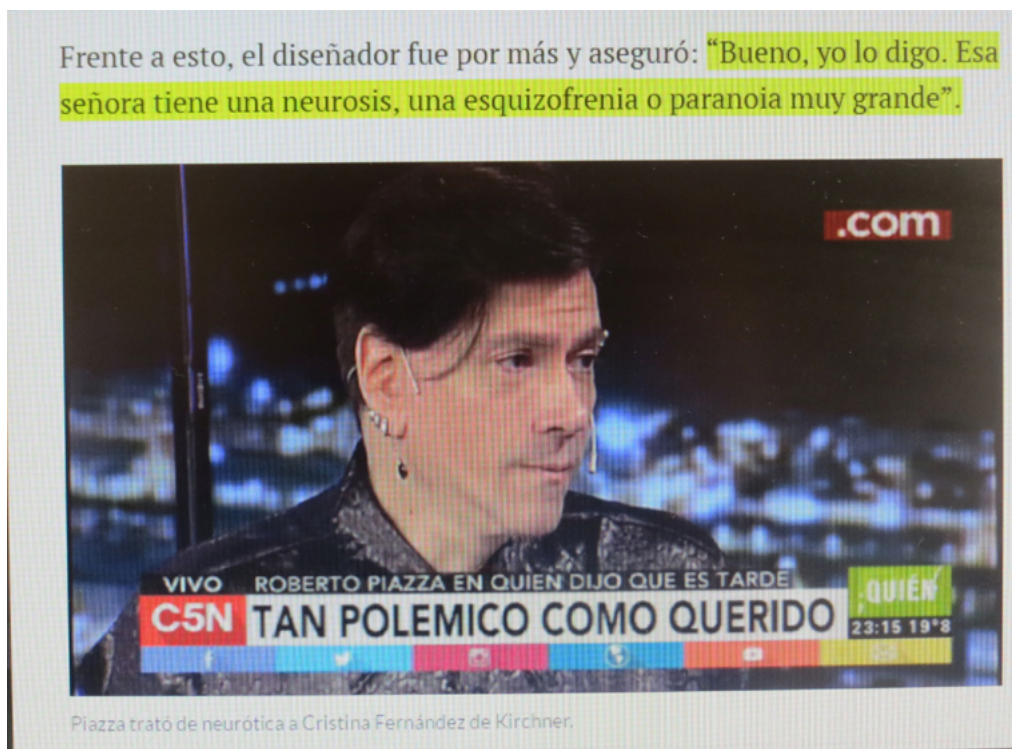
Suzuki T et al. Revising polypharmacy to a single antipsychotic regimen for patients with chronic schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2004; 7(2):133-142.

Essock SM et al. Effectiveness of switching from antipsychotic polypharmacy to monotherapy. *Am J Psychiatry* 2011; 168(7):702-708.

Fleischhacker WW, Uchida H. Critical review of antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2014 Jul;17(7):1083-1093.

SALUD MENTAL EVERYWHERE

La próxima vez que se enfrenten a una paciente de difícil diagnóstico, vayan a supervisar con Roberto.



fuentes: Cualquierismo

Ser o no ser: un paseo por la despersonalización

Nicolás Alonso &
Laura Fernández

La despersonalización (DP) es un fenómeno fascinante, caracterizado por una alteración en la percepción, la experiencia del yo o del “self”. Jaspers, afirma que *“Si lo psíquico, sea como percepción, sensación del cuerpo, recuerdo, representación, pensamiento, sentimiento, recibe ese tono especial de la acción “mía”, del “yo”, “personal”, se llama personalización. Cuando esos elementos psíquicos aparecen realizados con la conciencia de no pertenecerme, de ser extraños a mí, de ser automáticos, de surgir desde otra parte, se les llama fenómenos de despersonalización* “[1](10). El trastorno fue descrito por primera vez en 1873 por Krishnaber (7) y a lo largo de más de 100 años la fenomenología de la DP se ha mantenido relativamente estable, según señalan Berrios y Sierra en una revisión histórica del concepto (18). La esencia del cuadro es una sensación de extrañeza e irrealidad. Los pacientes con DP, refieren un distanciamiento con ellos mismos y con el mundo (1,5). La dificultad en la descripción es, en sí, una característica y ayuda a diferenciar de otros cuadros donde abundan los detalles y el dramatismo (hipocondría, conversivos, etc.). Dado lo inefable del fenómeno, los pacientes recurren a las metáforas y al uso del “como si”. Este hecho le da a la experiencia el carácter no delirante y los mantiene conscientes de lo anormal del fenómeno.

En sujetos normales la DP ha sido observada en estados de fatiga, privación de sueño, estrés y en la fase hipnagógica del sueño (5,7). Característicamente es transitoria y breve (segundos o pocos minutos) estimándose una prevalencia anual del 23% en sujetos normales (5). La DP, también puede ser considerada como un síntoma satélite dentro de otros trastornos, asociándose a ansiedad, depresión, estrés post traumático, consumo de drogas, migraña, epilepsia del lóbulo temporal, etc. Sin embargo en algunos casos la DP tiene características preponderantes; los síntomas ocurren como condición primaria e independiente y se presenta en forma persistente o recurrente implicando un deterioro significativo. Es entonces que la DP se configura como un trastorno en sí mismo.

”Trastorno por despersonalización” (TDP) ha sido caracterizado como infrecuente en la práctica psiquiátrica. Sin embargo resultados recientes arrojan que la prevalencia oscila entre el 0.8-2%.(2) en la población general. Baker y col. (2) en un análisis de 204 pacientes con TDP observaron que el curso tiene un patrón de evolución crónica en el 64% y que en el 55% persiste sin fluctuaciones. La media en la edad de presentación es de 22.8 años y no hay diferencias significativas en la prevalencia entre sexos (2).

El DSM IV lo clasifica dentro de los trastorno disociativos como “trastorno de despersonalización” (300.6) mientras que el CIE-10 lo llama “Síndrome de despersonalización-desrealización” (F48.1) y lo ubica dentro de “otros trastornos neuróticos”; por fuera de los trastornos disociativos. La experiencia de despersonalización pareciera tener una estructura sindrómica. Sierra y col. (1) en un análisis multifactorial sobre 150 pacientes encontraron que la DP expresa varias dimensiones subyacentes agrupadas en, al menos, cuatro dominios sintomáticos parcialmente independientes.

Experiencia corporal anómala. Los pacientes con DP se quejan de alteraciones en sus experiencias corporales. El “self” normalmente se identifica con un cuerpo. Aquí hay una falta

de sentimientos de propiedad, sensación de extrañeza hacia partes del propio cuerpo. “se siente como que no fuera mi cuerpo, pero se que es mío”. Además la conducta no se experimenta como propia, se identifican como autómatas o robots pero sin dar atribuciones externas. También se reportaron sensaciones inespecíficas de alienación, no estar o no habitar el propio cuerpo. Esta descarnación se acompaña de autoobservación incrementada de las propias conductas, llegando a veces a las alucinaciones autoscópicas, aunque estas no son características del trastorno por DP primario. Tampoco son frecuentes las distorsiones somato sensoriales como sensación de cambio en el tamaño de la partes del cuerpo o cambios en la experimentación del peso, por ej. (1,3)

Trastorno subjetivo de la memoria autobiográfica.

Sensación de no haber estado presente en los propios recuerdos .Por ej: “Cuando recuerdo algo, no siento que me hubiese sucedido a mí”. Se ha reportado también la incapacidad de imaginar y evocar imágenes en estos pacientes. Pese a que el rendimiento cognitivo en pruebas neuropsicológicas es siempre normal. (1)

Anestesia emocional. Se describe entumecimiento emocional sobre todo el rango afectivo (placer, miedo, etc.). Sin embargo, es solo como una sensación subjetiva que se evidencia en la entrevista (el lenguaje emocional, la comunicación corporal y verbal permanecen intactos). Esto los diferencia de los pacientes con afecto aplanado en la esquizofrenia. Algo que sí se condice con la indiferencia subjetiva es la ausencia de conductas evitativas frente a situaciones previamente temerosas. (1,7)

Desrealización. Experimentan una alineación del entorno, sensación en que las cosas no parecen reales. “Siento como si viera el mundo a través de una cámara; como si una niebla o un cristal se interpusiera entre el mundo y yo”. (1,3)

Berrios y Sierra desarrollaron un instrumento para la amplia evaluación del complejo sindromático la “Escala de despersonalización de Cambridge” (9) con 19 ítems, contempla la frecuencia de los síntomas y la duración de los mismos.

Sobre Asociaciones y Comorbilidades

Tal como vimos, la DP también se puede observar asociada a casi cualquier patología psiquiátrica, en un rango del 40 al 80%.(2) La más frecuente es con **trastornos de ansiedad** (68%). (12) Esta asociación ya fue descrita por Roth en 1960 bajo el “Síndrome de despersonalización fóbico-ansiosa” (11,7). La DP en el Trastorno por Pánico (TP), se asocia con un inicio temprano de los síntomas, alta prevalencia de conductas evitativas, rápido desarrollo de evitación fóbica y severos síntomas agorafóbicos. Motivos por los cuales se referencia a la DP en el TP como un marcador de severidad y un indicador de mal pronóstico. (12)

Los cuadros crónicos de DP son frecuentemente precedidos por un episodio de ansiedad intenso, pero una vez instalada la experiencia de DP, esta se convierte por sí misma en un estímulo intensamente ansiogénico, instalándose una causalidad bidireccional entre ansiedad y DP. Con el tiempo, la DP asume un carácter más autónomo, y su relación con cuadros de ansiedad se hace más tenue.

En experiencias cercanas a la muerte y en trastorno de **estrés post traumático** se han observados síntomas de DP peritraumáticos(5). El antecedente de trauma (incluyendo abuso físico y sexual) fue registrado como factor asociado al TDP en 14% (2)

Otra asociación frecuente es con **depresión** (62%) (2) La DP se asocia a fases depresivas más largas y peor respuesta al tratamiento (7,12).

Sierra y col (1,) describen una comorbilidad del 50 %

con **trastornos de personalidad**. Dentro de estos, los más frecuentes son el evitativo, el obsesivo y el borderline.

En relación con **esquizofrenia** se ha descrito la DP como síntoma en las fases iniciales (7). Asemejándose en algunos aspectos a la tensión vaga o sensación de extrañeza descritas en el “Trema” de la esquizofrenia incipiente de Conrad. (15) Mientras que los trastornos psicóticos rápidamente toman un carácter delirante; el TDP conserva intacto el juicio de realidad (insight). A pesar de esta misma diferencia se describen puntos en común de la DP con el Síndrome de negación de Cotard y el Delirio hipocondríaco. (7)

El consumo de **cannabis** esta asociado a la inducción de DP. Matthew y col. (4) encontraron que se producía sensación de DP en un 62% de 35 sujetos. Dicha sintomatología produce su pico a los 30 min. y retorna al nivel basal a los 120. Estos efectos parecen ser dosis dependientes. Aunque también se han descrito casos en que el consumo de marihuana genero DP de curso crónico (4). Con menor frecuencia el uso de LSD, éxtasis, psilocibina, dimetiltriptamina (DMT) y ketamina se han asociado a un desencadenamiento de DP. (4,5)

También se ha hallado DP secundaria a causas orgánicas. Se ha establecido relación con la **epilepsia del lóbulo temporal** (ELT), con **migraña** (38%) (2) y con **traumatismo encéfalo craneano con lesión cerebral** (2,8) Es de especial interés la relación con ELT. La fenomenología ictal es diversa y dentro de los fenómenos subjetivos, están los “síntomas psíquicos”. En las crisis puede haber “estados de ensoñación” donde, los pacientes, manifiestan una rara y difícil de describir, sensación de “estar aquí y a la vez no estar” o como si se fueran apagando. Se han descrito también sensaciones de DP propiamente dichas que pueden llegar a la autoscopia. En estrecha relación aparecen los fenómenos de “jamais vu” como una perturbación ictal del sentimiento de familiaridad. (13, 16). Estos síntomas surgen de las estructuras límbico temporo mesiales, más raramente temporo lateral y un origen extratemporal es raro. (8,16). Incluso la estimulación eléctrica directa- a nivel

del neocórtex temporal del hemisferio no dominante- indujo fenómenos de DP. (11,5). Por estas similitudes fenomenológicas la ELT es uno de los principales diagnósticos diferenciales con el TDP primario. (14) y un modelo para el estudio de la neurobiología de la DP. (11)

Aportes de la Neurobiología

Luque y col (7) en una revisión de los aspectos históricos de la DP señalan que las teorías orgánicas derivan de la afirmación de Mayer-Gross de 1935 sobre este trastorno, el cual, al igual que la epilepsia y el delirium, se debe a una «respuesta preformada del cerebro».

Una hipótesis neurobiológica sostiene que la DP tiene su origen en una respuesta vestigial del sistema nervioso con fines protectores ante una amenaza no localizable en el espacio. Se produciría la inhibición de respuestas emocionales sin valor funcional pero conservando un estado elevado de alerta. Este mecanismo se daría con el fin de preservar conductas adaptativas durante situaciones estresantes caracterizadas por una apabullante ansiedad, potencialmente desorganizadora. (6) En el TDP, esta respuesta se torna persistente y disfuncional.

Avalando esta hipótesis, hay resultados de estudios (Sierra et al.) que evidencian - en pacientes con DP- una menor activación emocional frente a estímulos desagradables, y un patrón elevado (ansioso) de activación frente a estímulos neutrales; diferenciándose de la apatía. Es sabido que el sistema límbico del lóbulo temporal mesial, en particular, la amígdala, están involucrados en la coloración afectiva de la experiencias (8)

En estudios comparativos de neuroimágenes sobre patrones de activación cerebral se observó una baja activación de la amígdala en pacientes con DP y una alta activación de la Corteza Prefrontal Ventral, implicada en la regulación emocional (12)

Sierra y Berrios (17) en la hipótesis de la “desconexión Córtilco límbica” postularon que la DP resultaría de la combinación de dos mecanismos opuestos en actividad simultánea: Por un lado, un componente inhibitorio sobre la amígdala, mediado por la hiperactivación de la corteza prefrontal izquierda con la consiguiente “hipoemocionalidad”. Por otro lado, un componente excitatorio impulsado por una amígdala desinhibida. Que producen un estado de hiperalerta mediado por la activación de la corteza prefrontal derecha. (17)

Además, otras alteraciones neurológicas con valor locacionista se relacionan con componentes del TDP. La asomatognosia (no reconocer el propio cuerpo) propia de lesión en el lóbulo Parietal (3,5) comparte la alienación y falta de sentimientos de agencia con la DP (3). Mientras que la desrealización tiene similitudes con la “hipoemocionalidad visual” (hiporeactividad a estímulos visuales, falta de vividez y coloreo emocional) de pacientes con prosopognosia (incapacidad de reconocer caras familiares) propias de lesiones occitotemporales en las que se generaría una desconexión de las áreas visuales con las temporales límbicas (1, 3).

Aproximaciones al tratamiento

Históricamente, el síndrome de DP fue considerado refractario a la mayoría de la farmacoterapia. Sin embargo, en la última década surgieron diversos estudios que buscan una terapéutica confiable y eficaz.

En líneas generales, podemos distinguir dos tipos de estudios; aquellos que comprueban la inducción de DP mediante agonistas de serotonina(M-CPP), de glutamato NMDA (Ketamina) y de opiodes(Kappa); mientras que en otros estudios se buscó asociar el uso de antagonistas de estos mismos neurotransmisores con una mejoría sintomática.

En relación al sistema serotoninérgico, se observó que tanto los ISRS como la clorimipramina, mejoran el malestar

subjetivo de los síntomas de DP si es comórbida con depresión, ansiedad o TOC. Aunque no son efectivos en pacientes con TDP aislado. (6) Por su parte, la lamotrigina -antagonista glutamatergico- no demostró eficacia en monoterapia pero si en coterapia con ISRS. Lo que apoya la hipótesis de la participación de ambos sistemas sincrónicamente. (6)

Por ultimo estudios con antagonistas opioides (naloxona y naltrexona) arrojan resultados favorables para el tratamiento de la DP e incluso de sintomatología disociativa asociada también a otros trastornos. (6) De todas formas, es menester aún realizar estudios de mayor validez para consensuar tratamientos aun mejor validados.

Conclusión

La DP constituye un fenómeno clínico complejo, infra- diagnosticado e ineficazmente tratado, que aún no ha sido del todo esclarecido. En lo que podría metaforizarse como un “rompecabezas”, nuevas “piezas” han ido apareciendo desde los avances de la neurobiología y la psicofarmacología que nos acercan paulatinamente a una visión holística sobre esta entidad. Asimismo nos resulta interesante el hecho de las numerosas asociaciones y comoribilidades que presenta, que interpela en nuestra formación clínica. Por último, y remarcando el hecho de su prevalencia significativa, nos parece interesante revisar información sobre esta entidad, en pos de mejorar una de las dificultades que presenta, su desconocimiento.

Bibliografía

1 Sierra, M. La despersonalización: aspectos clínicos y neurobiológicos. *Revista Colombiana de psiquiatría*. vol 37 Nro:1. 2008

2 Baker, D. Hunter, E. Lawrennce, E. Medford, N. Patel, M. Senior, C. Sierra, M. Lambert, M. Phillips, M. David, A. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry* (2 0 0 3) , 1 8 2 , 4 2 8 -4 3 3

3 Sierra, M. Lopera, F. Lambert, MV. Philips, ML. David, A. Separating despersonalisation and desrealisation: the relevance of the "lesion method". *J Neurol Neurisurg Psychiatry* 2002,72 530 -532

4. Hürlimann, F. Kupferschmid, S. Simon, A. Cannabis-Induced Depersonalization Disorder in Adolescence

5 Simeon, D. Depersonalisation Disorder. A contemporary overview. *Therapy in practice*. *CNS Drugs* 2004

6 Sierra, M. Depersonalization disorder: pharmacological approaches. 2008 *Experts review Neurotherapeutics* 8(1), 19-26

7. Luque, R. J. M. a Villagrán, José M. a Valls, A. Díez. Depersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XV. n.o 54, 1995, pp. 443-459

8 Lambert, M. Sierra, M. Phillips, M. David, A. The Spectrum of Organic Depersonalization: A Review Plus Four New Cases. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 14:2, Spring 2002

9 Sierra, M. Berrios, G. The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Research* 93 (2000) 153-164

10 Jaspers K. *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica; 2001. pag. 140

11 Dietl T. Bien, V. Urbach B, Elger, C, Kurthen, M a Episodic depersonalization in focal epilepsy Case Report / *Epilepsy & Behavior* 7 (2005) 311-315

12 Mula, M. Pini, S., Cassano, G. The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: A critical reappraisal

Department of Psychiatry, Neurobiology, Pharmacology and Biotechnologies,

Section of Psychiatry, University of Pisa, Via Roma, 67-56100 Pisa, Italy

13. Cornejo, J. Toro Perez, E. Las epilepsias del lóbulo Temporal. Medellín. Colombia 2011

14 American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC.

15. Conrad, K La esquizofrenia incipiente. Madrid, Alhambra, 1963

16. Rossetti, A. Kaplan, P. Seizure Semiology: An Overview of the 'Inverse Problem' Eur Neurol 2010;63:3-10

17. Sierra, M., Berrios, G.E., 1998. Depersonalization: neurobiological perspectives. Biol. Psychiatry 44, 898-908.

18 Sierra M, Berrios GE. La estabilidad fenomenológica de despersonalización: comparar lo antiguo con lo nuevo. J Nerv Ment Dis 2001; 189: 629-36

Hunter, E. Sierra, M. David AS. The epidemiology of depersonalization and desrealization: a systematic review. Soc psichiatr. Epidemiol. 39(1) 9-18 (2004)

[1] Jaspers K. Psicopatología General. Pág. 140. Fondo de cultura económica; México 2001.

SALUD MENTAL EVERYWHERE

Nos pasaron esta foto de una presentación de un concurso de alucinaciones y delirios. Googliamos y nos encontramos con que el evento ocurre anualmente en Bethel House, una institución japonesa.



fuelle: Aportes de lectores

El trabajo escrito por más autores

El viejo truco de las listas sábanas de autores en papers no es nuevo. La idea es aumentar la “producción” que aceita el deslizamiento de las becas. A veces las listas se vuelven grandes por la inclusión de cada uno de los investigadores en un estudio multicéntrico. No es prolijo pero se entiende. No debe ser fácil lidiar con multiegos. Ahora, las guías para el uso e interpretación de ensayos que monitorean la autofagia están firmadas por tanta gente que podrían fundar un pueblo.

Autophagy. 2016 Jan 2;12(1):1-222.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26799652>

Guidelines for the use and interpretation of assays for monitoring autophagy (3rd edition).

Klionsky DJ, Abdelmohsen K, Abe A, Abedin MJ, Abeliovich H, Acevedo Arozena A, Adachi H, Adams CM, Adams PD, Adeli K, Adhihetty PJ, Adler SG, Agam G, Agarwal R, Aghi MK, Agnello M, Agostinis P, Aguilar PV, Aguirre-Ghiso J, Airoidi EM, Ait-Si-Ali S, Akematsu T, Akporiaye ET, Al-Rubeai M, Albaiceta GM, Albanese C, Albani D, Albert ML, Aldudo J, Algül H, Alirezai M, Alloza I, Almasan A, Almonte-Beceril M, Alnemri ES, Alonso C, Altan-Bonnet N, Altieri DC, Alvarez S, Alvarez-Erviti L, Alves S, Amadoro G, Amano A, Amantini C, Ambrosio S, Amelio I, Amer AO, Amessou M, Amon A, An Z, Anania FA, Andersen SU, Andley UP, Andreadi CK, Andrieu-Abadie N, Anel A, Ann DK, Anoopkumar-Dukie S, Antonioli M, Aoki H, Apostolova N, Aquila S, Aquilano K, Araki K, Arama E, Aranda A, Araya J, Arcaro A, Arias E, Arimoto H, Ariosa AR, Armstrong JL, Arnould T, Arsov I, Asanuma K, Askanas V, Asselin E, Atarashi R, Atherton SS, Atkin JD, Attardi LD, Auberger P, Auburger G, Aurelian L, Autelli R, Avagliano L, Avantaggiati ML, Avrahami L, Awale S, Azad N, Bachetti T, Backer JM, Bae DH, Bae JS, Bae ON, Bae SH, Baehrecke EH, Baek SH, Baghdiguian S, Bagniewska-Zadworna A, Bai H, Bai J, Bai XY, Bailly Y, Balaji KN, Balduini W, Ballabio A, Balzan R, Banerjee R, Bánhegyi G, Bao H, Barbeau B, Barrachina MD, Barreiro E, Bartel B, Bartolomé A, Bassham DC, Bassi MT, Bast RC Jr, Basu A, Batista MT, Batoko H, Battino M, Bauckman K, Baumgarner BL, Bayer KU, Beale R, Beaulieu JF, Beck GR Jr, Becker C, Beckham JD, Bédard PA, Bednarski PJ, Begley TJ, Behl C, Behrends C, Behrens GM, Behrns KE, Bejarano E, Belaid A, Belleudi F, Bénard G, Berchem G, Bergamaschi D, Bergami M, Berkhout B, Berliocchi L, Bernard A, Bernard M, Bernassola F, Bertolotti A, Bess AS, Besteiro S, Bettuzzi S, Bhalla S, Bhattacharyya S, Bhutia SK, Biagosch C, Bianchi MW, Biard-Piechaczyk M, Billes V, Bincotto C, Bingol B, Bird SW, Bitoun M, Bjedov I, Blackstone C, Blanc L, Blanco GA, Blomhoff HK, Boada-Romero E, Böckler S, Boes M, Boesze-Battaglia K, Boise LH, Bolino A, Boman A, Bonaldo P, Bordi M, Bosch J, Botana LM, Botti J, Bou G, Bouché M, Bouchecareilh M, Boucher MJ, Boulton ME, Bouret SG, Boya P, Boyer-Guittaut M, Bozhkov PV, Brady N, Braga VM, Brancolini C, Braus GH,

Bravo-San Pedro JM, Brennan LA, Bresnick EH, Brest P, Bridges D, Bringer MA, Brini M, Brito GC, Brodin B, Brookes PS, Brown EJ, Brown K, Broxmeyer HE, Bruhat A, Brum PC, Brumell JH, Brunetti-Pierri N, Bryson-Richardson RJ, Buch S, Buchan AM, Budak H, Bulavin DV, Bultman SJ, Bultynck G, Bumbasirevic V, Burelle Y, Burke RE, Burmeister M, Bütikofer P, Caberlotto L, Cadwell K, Cahova M, Cai D, Cai J, Cai Q, Calatayud S, Camougrand N, Campanella M, Campbell GR, Campbell M, Campello S, Candau R, Caniggia I, Cantoni L, Cao L, Caplan AB, Caraglia M, Cardinali C, Cardoso SM, Carew JS, Carleton LA, Carlin CR, Carloni S, Carlsson SR, Carmona-Gutierrez D, Carneiro LA, Carnevali O, Carra S, Carrier A, Carroll B, Casas C, Casas J, Cassinelli G, Castets P, Castro-Obregon S, Cavallini G, Ceccherini I, Cecconi F, Cederbaum AI, Ceña V, Cenci S, Cerella C, Cervia D, Cetrullo S, Chaachouay H, Chae HJ, Chagin AS, Chai CY, Chakrabarti G, Chamilos G, Chan EY, Chan MT, Chandra D, Chandra P, Chang CP, Chang RC, Chang TY, Chatham JC, Chatterjee S, Chauhan S, Che Y, Cheetham ME, Cheluvappa R, Chen CJ, Chen G, Chen GC, Chen G, Chen H, Chen JW, Chen JK, Chen M, Chen M, Chen P, Chen Q, Chen Q, Chen SD, Chen S, Chen SS, Chen W, Chen WJ, Chen WQ, Chen W, Chen X, Chen YH, Chen YG, Chen Y, Chen Y, Chen Y, Chen YJ, Chen YQ, Chen Y, Chen Z, Chen Z, Cheng A, Cheng CH, Cheng H, Cheong H, Cherry S, Chesney J, Cheung CH, Chevet E, Chi HC, Chi SG, Chiacchiera F, Chiang HL, Chiarelli R, Chiariello M, Chieppa M, Chin LS, Chiong M, Chiu GN, Cho DH, Cho SG, Cho WC, Cho YY, Cho YS, Choi AM, Choi EJ, Choi EK, Choi J, Choi ME, Choi SI, Chou TF, Chouaib S, Choubey D, Choubey V, Chow KC, Chowdhury K, Chu CT, Chuang TH, Chun T, Chung H, Chung T, Chung YL, Chwae YJ, Cianfanelli V, Ciarcia R, Ciecchomska IA, Ciriolo MR, Cirone M, Claerhout S, Clague MJ, Clària J, Clarke PG, Clarke R, Clementi E, Cleyrat C, Cnop M, Coccia EM, Cocco T, Codogno P, Coers J, Cohen EE, Colecchia D, Coletto L, Coll NS, Colucci-Guyon E, Comincini S, Condello M, Cook KL, Coombs GH, Cooper CD, Cooper JM, Coppens I, Corasaniti MT, Corazzari M, Corbalan R, Corcelle-Termeau E, Cordero MD, Corral-Ramos C, Corti O, Cossarizza A, Costelli P, Costes S, Cotman SL, Coto-Montes A, Cottet S, Couve E, Covey LR, Cowart LA, Cox JS, Coxon FP, Coyne CB, Cragg MS, Craven RJ, Crepaldi T, Crespo JL, Criollo A, Crippa V, Cruz MT, Cuervo AM, Cuezva JM, Cui T, Cutillas PR, Czaja MJ, Czyzyk-Krzeska MF, Dagda RK, Dahmen U, Dai C, Dai W, Dai Y, Dalby KN, Dalla Valle L, Dalmaso G, D'Amelio M, Damme M, Darfeuille-Michaud A, Dargemont C, Darley-Usmar VM, Dasarathy S, Dasgupta B, Dash S, Dass CR, Davey HM, Davids LM, Dávila D, Davis RJ, Dawson TM, Dawson VL, Daza P, de Belleruche J, de Figueiredo P, de Figueiredo RC, de la Fuente J, De Martino L, De Matteis A, De Meyer GR, De Milito A, De Santi M, de Souza W, De Tata V, De Zio D, Debnath J, Dechant R, Decuypere JP, Deegan S, Dehay B, Del Bello B, Del Re DP, Delage-Mouroux R, Delbridge LM, Deldicque L, Delorme-Axford E, Deng Y, Dengjel J, Denizot M, Dent P, Der CJ, Deretic V, Derrien B, Deutsch E, Devarenne TP, Devenish RJ, Di Bartolomeo S, Di Daniele N, Di Domenico F, Di Nardo A, Di Paola S, Di Pietro A, Di Renzo L, DiAntonio A, Díaz-Araya G, Díaz-Laviada I, Diaz-Meco MT, Diaz-Nido J, Dickey CA, Dickson RC, Diederich M, Digard P, Dikic I, Dinesh-Kumar SP, Ding C, Ding WX, Ding Z, Dini L, Distler JH, Diwan A, Djavaheri-Mergny M, Dmytruk K, Dobson RC, Doetsch V, Dokladny K, Dokudovskaya S, Donadelli M, Dong XC, Dong X, Dong Z, Donohue TM Jr, Doran KS, D'Orazi G, Dorn GW 2nd, Dosenko V, Dridi S, Drucker L, Du J, Du LL, Du L, du Toit A, Dua P, Duan L, Duann P, Dubey VK, Duchon MR, Duchosal MA, Duez H, Dugail I, Dumit VI, Duncan MC, Dunlop EA, Dunn WA Jr, Dupont N, Dupuis L, Durán RV, Durcan TM, Duvezin-Caubet S, Duvvuri U, Eapen V, Ebrahimi-Fakhari D, Echard A, Eckhart L, Edelstein CL, Edinger AL, Eichinger L, Eisenberg T, Eisenberg-Lerner A, Eissa NT, El-Deiry WS, El-Khoury V, Elazar Z, Eldar-Finkelman H, Elliott CJ, Emanuele E, Emmenegger U, Engedal N, Engelbrecht AM, Engelender S, Enserink JM, Erdmann R, Erenpreisa J, Eri R, Eriksen JL, Erman A, Escalante R, Eskelinen EL, Espert L, Esteban-Martínez L, Evans TJ, Fabri M, Fabrias G, Fabrizi C, Facchiano A, Færgeman NJ, Faggioni A, Fairlie WD, Fan C, Fan D, Fan J, Fang S, Fanto M, Fanzani A, Farkas T, Faure M, Favier FB, Fearnhead H, Federici M, Fei E, Felizardo TC, Feng H, Feng Y, Feng Y, Ferguson TA, Fernández ÁF, Fernandez-Barrena MG, Fernandez-Checa JC, Fernández-López A, Fernandez-Zapico ME, Feron O, Ferraro E, Ferreira-Halder CV, Fesus L, Feuer R, Fiesel FC, Filippi-Chiela EC, Filomeni G, Fimia GM, Fingert JH, Finkbeiner S, Finkel T, Fiorito F, Fisher PB, Flajolet M, Flamigni F, Florey O, Florio S, Floto RA, Folini M, Follo C, Fon EA, Fornai F, Fortunato F, Fraldi A, Franco R, Francois A, François A, Frankel LB, Fraser ID, Frey N, Freyssenet DG, Frezza C, Friedman SL, Frigo DE, Fu D, Fuentes JM, Fueyo J, Fujitani Y, Fujiwara Y, Fujiya M, Fukuda M, Fulda S, Fusco C, Gabryel B, Gaestel M, Gailly P, Gajewska M, Galadari S, Galili G, Galindo I, Galindo MF, Galliciotti G, Galluzzi L, Galluzzi L, Galy V, Gammoh N, Gandy S, Ganesan AK, Ganesan S, Ganley IG, Gannagé M, Gao FB, Gao F, Gao JX, García Nannig L, García Vescovi E, García-Macia M, Garcia-Ruiz C, Garg AD, Garg PK, Gargini R, Gassen NC, Gatica D, Gatti E, Gavid J, Gavathiotis E, Ge L, Ge P, Ge S, Gean PW, Gelmetti V, Genazzani AA, Geng J, Genschik P, Gerner L, Gestwicki JE, Gewirtz DA, Ghavami S, Ghigo E, Ghosh D, Giammarioli AM, Giampieri F, Giampietri C, Giatromanolaki A, Gibbings DJ, Gibellini L, Gibson SB, Ginet V, Giordano A, Giorgini F, Giovannetti E, Girardin SE, Gispert S, Giuliano S, Gladson CL, Glavic A, Gleave M, Godefroy N, Gogal RM Jr, Gokulan K, Goldman GH, Goletti D, Gologorsky MS, Gomes AV, Gomes LC, Gomez H, Gomez-Manzano C, Gómez-Sánchez R, Gonçalves DA, Goncu E, Gong Q, Gongora C, Gonzalez CB, Gonzalez-Alegre P, Gonzalez-Cabo P, González-Polo RA, Goping IS, Gorbea C, Gorbunov NV, Goring DR, Gorman AM, Gorski SM, Goruppi S, Goto-Yamada S, Gotor C, Gottlieb RA, Gozes I, Gozuacik D, Graba Y, Graef M, Granato GE, Grant GD, Grant S, Gravina GL, Green DR, Greenhough A, Greenwood MT, Grimaldi B, Gros F, Grose C, Groulx JF, Gruber F, Grumati P, Grune T, Guan JL, Guan KL, Guerra B, Guillen C, Gulshan K, Gunst J, Guo C, Guo L, Guo

M, Guo W, Guo XG, Gust AA, Gustafsson ÅB, Gutierrez E, Gutierrez MG, Gwak HS, Haas A, Haber JE, Hadano S, Hagedorn M, Hahn DR, Halayko AJ, Hamacher-Brady A, Hamada K, Hamai A, Hamann A, Hamasaki M, Hamer I, Hamid Q, Hammond EM, Han F, Han W, Handa JT, Hanover JA, Hansen M, Harada M, Harhaji-Trajkovic L, Harper JW, Harrath AH, Harris AL, Harris J, Hasler U, Hasselblatt P, Hasui K, Hawley RG, Hawley TS, He C, He CY, He F, He G, He RR, He XH, He YW, He YY, Heath JK, Hébert MJ, Heinzen RA, Helgason GV, Hensel M, Henske EP, Her C, Herman PK, Hernández A, Hernandez C, Hernández-Tiedra S, Hetz C, Hiesinger PR, Higaki K, Hilfiker S, Hill BG, Hill JA, Hill WD, Hino K, Hofius D, Hofman P, Höglinger GU, Höhfeld J, Holz MK, Hong Y, Hood DA, Hoozemans JJ, Hoppe T, Hsu C, Hsu CY, Hsu LC, Hu D, Hu G, Hu HM, Hu H, Hu MC, Hu YC, Hu ZW, Hua F, Hua Y, Huang C, Huang HL, Huang KH, Huang KY, Huang S, Huang S, Huang WP, Huang YR, Huang Y, Huang Y, Huber TB, Huebbe P, Huh WK, Hulmi JJ, Hur GM, Hurley JH, Husak Z, Hussain SN, Hussain S, Hwang JJ, Hwang S, Hwang TI, Ichihara A, Imai Y, Imbriano C, Inomata M, Into T, Iovane V, Iovanna JL, Iozzo RV, Ip NY, Irazoqui JE, Iribarren P, Isaka Y, Isakovic AJ, Ischiropoulos H, Isenberg JS, Ishaq M, Ishida H, Ishii I, Ishmael JE, Isidoro C, Isobe KI, Isono E, Issazadeh-Navikas S, Itahana K, Itakura E, Ivanov AI, Iyer AK, Izquierdo JM, Izumi Y, Izzo V, Jäättelä M, Jaber N, Jackson DJ, Jackson WT, Jacob TG, Jacques TS, Jagannath C, Jain A, Jana NR, Jang BK, Jani A, Janji B, Jannig PR, Jansson PJ, Jean S, Jendrach M, Jeon JH, Jessen N, Jeung EB, Jia K, Jia L, Jiang H, Jiang H, Jiang L, Jiang T, Jiang X, Jiang X, Jiang X, Jiang Y, Jiang Y, Jiménez A, Jin C, Jin H, Jin L, Jin M, Jin S, Jinwal UK, Jo EK, Johansen T, Johnson DE, Johnson GV, Johnson JD, Jonasch E, Jones C, Joosten LA, Jordan J, Joseph AM, Joseph B, Joubert AM, Ju D, Ju J, Juan HF, Juenemann K, Juhász G, Jung HS, Jung JU, Jung YK, Jungbluth H, Justice MJ, Jutten B, Kaakoush NO, Kaarniranta K, Kaasik A, Kabuta T, Kaeffer B, Kågedal K, Kahana A, Kajimura S, Kakhlon O, Kalia M, Kalvakolanu DV, Kamada Y, Kambas K, Kaminsky VO, Kampinga HH, Kandouz M, Kang C, Kang R, Kang TC, Kanki T, Kanneganti TD, Kanono H, Kanthasamy AG, Kantorow M, Kaparakis-Liaskos M, Kapuy O, Karantza V, Karim MR, Karmakar P, Kaser A, Kaushik S, Kawula T, Kaynar AM, Ke PY, Ke ZJ, Kehrl JH, Keller KE, Kemper JK, Kenworthy AK, Kepp O, Kern A, Kesari S, Kessel D, Ketteler R, Kettelhut ID, Khambu B, Khan MM, Khandelwal VK, Khare S, Kiang JG, Kiger AA, Kihara A, Kim AL, Kim CH, Kim DR, Kim DH, Kim EK, Kim HY, Kim HR, Kim JS, Kim JH, Kim JC, Kim JH, Kim KW, Kim MD, Kim MM, Kim PK, Kim SW, Kim SY, Kim YS, Kim Y, Kimchi A, Kimmelman AC, Kimura T, King JS, Kirkegaard K, Kirkin V, Kirshenbaum LA, Kishi S, Kitajima Y, Kitamoto K, Kitaoka Y, Kitazato K, Kley RA, Klimecki WT, Klinkenberg M, Klucken J, Knævelsrud H, Knecht E, Knuppertz L, Ko JL, Kobayashi S, Koch JC, Koehlin-Ramonatxo C, Koenig U, Koh YH, Köhler K, Kohlwein SD, Koike M, Komatsu M, Kominami E, Kong D, Kong HJ, Konstantakou EG, Kopp BT, Korcsmaros T, Korhonen L, Korolchuk VI, Koshkina NV, Kou Y, Koukourakis MI, Koumenis C, Kovács AL, Kovács T, Kovacs WJ, Koya D, Kraft C, Krainc D, Kramer H, Kravic-Stevovic T, Krek W, Kretz-Remy C, Krick R, Krishnamurthy M, Kriston-Vizi J, Kroemer G, Krueger MC, Kruger R, Ktistakis NT, Kuchitsu K, Kuhn C, Kumar AP, Kumar A, Kumar A, Kumar D, Kumar D, Kumar R, Kumar S, Kundu M, Kung HJ, Kuno A, Kuo SH, Kuret J, Kurz T, Kwok T, Kwon TK, Kwon YT, Kyrnizi I, La Spada AR, Lafont F, Lahm T, Lakkaraju A, Lam T, Lamark T, Lancel S, Landowski TH, Lane DJ, Lane JD, Lanzi C, Lapaquette P, Lapierre LR, Laporte J, Laukkarinen J, Laurie GW, Lavandero S, Lavie L, LaVoie MJ, Law BY, Law HK, Law KB, Layfield R, Lazo PA, Le Cam L, Le Roch KG, Le Stunff H, Leardkamolkarn V, Lecuit M, Lee BH, Lee CH, Lee EF, Lee GM, Lee HJ, Lee H, Lee JK, Lee J, Lee JH, Lee JH, Lee M, Lee MS, Lee PJ, Lee SW, Lee SJ, Lee SJ, Lee SY, Lee SH, Lee SS, Lee SJ, Lee S, Lee YR, Lee YJ, Lee YH, Leeuwenburgh C, Lefort S, Legouis R, Lei J, Lei QY, Leib DA, Leibowitz G, Lekli I, Lemaire SD, Lemasters JJ, Lemberg MK, Lemoine A, Leng S, Lenz G, Lenzi P, Lerman LO, Lettieri Barbato D, Leu JI, Leung HY, Levine B, Lewis PA, Lezoualc'h F, Li C, Li F, Li FJ, Li J, Li K, Li L, Li M, Li M, Li Q, Li R, Li S, Li W, Li W, Li X, Li Y, Lian J, Liang C, Liang Q, Liao Y, Liberal J, Liberski PP, Lie P, Lieberman AP, Lim HJ, Lim KL, Lim K, Lima RT, Lin CS, Lin CF, Lin F, Lin F, Lin FC, Lin K, Lin KH, Lin PH, Lin T, Lin WW, Lin YS, Lin Y, Linden R, Lindholm D, Lindqvist LM, Lingor P, Linkermann A, Liotta LA, Lipinski MM, Lira VA, Lisanti MP, Liton PB, Liu B, Liu C, Liu CF, Liu F, Liu HJ, Liu J, Liu JJ, Liu JL, Liu K, Liu L, Liu L, Liu Q, Liu RY, Liu S, Liu S, Liu W, Liu XD, Liu X, Liu XH, Liu X, Liu X, Liu X, Liu Y, Liu Y, Liu Z, Liu Z, Liuzzi JP, Lizard G, Ljujic M, Lodhi IJ, Logue SE, Lokeshwar BL, Long YC, Lonial S, Loos B, López-Otín C, López-Vicario C, Lorente M, Lorenzi PL, Lőrincz P, Los M, Lotze MT, Lovat PE, Lu B, Lu B, Lu J, Lu Q, Lu SM, Lu S, Lu Y, Luciano F, Luckhart S, Lucocq JM, Ludovico P, Lugea A, Lukacs NW, Lum JJ, Lund AH, Luo H, Luo J, Luo S, Luparello C, Lyons T, Ma J, Ma Y, Ma Y, Ma Z, Machado J, Machado-Santelli GM, Macian F, MacIntosh GC, MacKeigan JP, Macleod KF, MacMicking JD, MacMillan-Crow LA, Madeo F, Madesh M, Madrigal-Matute J, Maeda A, Maeda T, Maegawa G, Maellaro E, Maes H, Magariños M, Maiese K, Maiti TK, Maiuri L, Maiuri MC, Maki CG, Malli R, Malorni W, Maloyan A, Mami-Chouaib F, Man N, Mancias JD, Mandelkow EM, Mandell MA, Manfredi AA, Manié SN, Manzoni C, Mao K, Mao Z, Mao ZW, Marambaud P, Marconi AM, Marelja Z, Marfe G, Margeta M, Margittai E, Mari M, Mariani FV, Marin C, Marinelli S, Mariño G, Markovic I, Marquez R, Martelli AM, Martens S, Martin KR, Martin SJ, Martin S, Martin-Acebes MA, Martín-Sanz P, Martinand-Mari C, Martinet W, Martinez J, Martinez-Lopez N, Martinez-Outschoorn U, Martínez-Velázquez M, Martinez-Vicente M, Martins WK, Mashima H, Mastrianni JA, Matarese G, Matarrese P, Mateo R, Matoba S, Matsumoto N, Matsushita T, Matsuura A, Matsuzawa T, Mattson MP, Matus S, Maugeri N, Mauvezin C, Mayer A, Maysinger D, Mazzolini GD, McBrayer MK, McCall K, McCormick C, McInerney GM, McIver SC, McKenna S, McMahan JJ, McNeish IA, Mechta-Grigoriou F, Medema JP, Medina DL, Megyeri K, Me-

hrpour M, Mehta JL, Mei Y, Meier UC, Meijer AJ, Meléndez A, Melino G, Melino S, de Melo EJ, Mena MA, Meneghini MD, Menendez JA, Menezes R, Meng L, Meng LH, Meng S, Menghini R, Menko AS, Menna-Barreto RF, Menon MB, Meraz-Ríos MA, Merla G, Merlini L, Merlot AM, Meryk A, Meschini S, Meyer JN, Mi MT, Miao CY, Micale L, Michaeli S, Michiels C, Migliaccio AR, Mihailidou AS, Mijaljica D, Mikoshiba K, Milan E, Miller-Fleming L, Mills GB, Mills IG, Minakaki G, Minassian BA, Ming XF, Minibayeva F, Minina EA, Mintern JD, Minucci S, Miranda-Vizuete A, Mitchell CH, Miyamoto S, Miyazawa K, Mizushima N, Mnich K, Mograbi B, Mohseni S, Moita LF, Molinari M, Molinari M, Møller AB, Mollereau B, Mollinedo F, Mongillo M, Monick MM, Montagnaro S, Montell C, Moore DJ, Moore MN, Mora-Rodriguez R, Moreira PI, Morel E, Morelli MB, Moreno S, Morgan MJ, Moris A, Moriyasu Y, Morrison JL, Morrison LA, Morselli E, Moscat J, Moseley PL, Mostowy S, Motori E, Mottet D, Mottram JC, Moussa CE, Mpakou VE, Mukhtar H, Mulcahy Levy JM, Muller S, Muñoz-Moreno R, Muñoz-Pinedo C, Münz C, Murphy ME, Murray JT, Murthy A, Mysorekar IU, Nabi IR, Nabissi M, Nader GA, Nagahara Y, Nagai Y, Nagata K, Nagelkerke A, Nagy P, Naidu SR, Nair S, Nakano H, Nakatogawa H, Nanjundan M, Napolitano G, Naqvi NI, Nardacci R, Narendra DP, Narita M, Nascimbeni AC, Natarajan R, Navegantes LC, Nawrocki ST, Nazarko TY, Nazarko VY, Neill T, Neri LM, Netea MG, Netea-Maier RT, Neves BM, Ney PA, Nezis IP, Nguyen HT, Nguyen HP, Nicot AS, Nilsen H, Nilsson P, Nishimura M, Nishino I, Niso-Santano M, Niu H, Nixon RA, Njar VC, Noda T, Noegel AA, Nolte EM, Norberg E, Norga KK, Noureini SK, Notomi S, Notterpek L, Nowikovsky K, Nukina N, Nürnberger T, O'Donnell VB, O'Donovan T, O'Dwyer PJ, Oehme I, Oeste CL, Ogawa M, Ogretmen B, Ogura Y, Oh YJ, Ohmuraya M, Ohshima T, Ojha R, Okamoto K, Okazaki T, Oliver FJ, Ollinger K, Olsson S, Orban DP, Ordóñez P, Orhon I, Orosz L, O'Rourke EJ, Orozco H, Ortega AL, Ortona E, Osellame LD, Oshima J, Oshima S, Osiewacz HD, Otomo T, Otsu K, Ou JJ, Outeiro TF, Ouyang DY, Ouyang H, Overholtzer M, Ozbun MA, Ozdinler PH, Ozpolat B, Pacelli C, Paganetti P, Page G, Pages G, Pagnini U, Pajak B, Pak SC, Pakos-Zebrucka K, Pakpour N, Palková Z, Palladino F, Pallauf K, Pallet N, Palmieri M, Paludan SR, Palumbo C, Palumbo S, Pampliega O, Pan H, Pan W, Panaretakis T, Pandey A, Pantazopoulou A, Papackova Z, Papademetrio DL, Papassideri I, Papini A, Parajuli N, Pardo J, Parekh VV, Parenti G, Park JI, Park J, Park OK, Parker R, Parlato R, Parys JB, Parzych KR, Pasquet JM, Pasquier B, Pasumarthi KB, Patschan D, Patterson C, Pattingre S, Pattison S, Pause A, Pavenstädt H, Pavone F, Pedrozo Z, Peña FJ, Peñalva MA, Pende M, Peng J, Penna F, Penninger JM, Pensalfini A, Pepe S, Pereira GJ, Pereira PC, Pérez-de la Cruz V, Pérez-Pérez ME, Pérez-Rodríguez D, Pérez-Sala D, Perier C, Perl A, Perlmutter DH, Perrotta I, Pervais S, Pesonen M, Pessin JE, Peters GJ, Petersen M, Petrache I, Petrof BJ, Petrovski G, Phang JM, Piacentini M, Pierdominici M, Pierre P, Pierrefite-Carle V, Pietrocchia F, Pimentel-Muñoz FX, Pinar M, Pineda B, Pinkas-Kramarski R, Pinti M, Pinton P, Piperdi B, Piret JM, Platanias LC, Platta HW, Plowey ED, Pöggeler S, Poirot M, Polčić P, Poletti A, Poon AH, Popelka H, Popova B, Poprawa I, Poulouse SM, Poulton J, Powers SK, Powers T, Pozuelo-Rubio M, Prak K, Prange R, Prescott M, Priault M, Prince S, Proia RL, Proikas-Cezanne T, Prokisch H, Promponas VJ, Przyklenk K, Puertollano R, Pugazhenthai S, Puglielli L, Pujol A, Puyal J, Pyeon D, Qi X, Qian WB, Qin ZH, Qiu Y, Qu Z, Cuadrilatero J, Quinn F, Raben N, Rabinowich H, Radogna F, Ragusa MJ, Rahmani M, Raina K, Ramanadham S, Ramesh R, Rami A, Randall-Demillo S, Randow F, Rao H, Rao VA, Rasmussen BB, Rasse TM, Ratovitski EA, Rautou PE, Ray SK, Razani B, Reed BH, Reggiori F, Rehm M, Reichert AS, Rein T, Reiner DJ, Reits E, Ren J, Ren X, Renna M, Reusch JE, Revuelta JL, Reyes L, Rezaie AR, Richards RI, Richardson DR, Richetta C, Riehle MA, Rihl BH, Rikihisa Y, Riley BE, Rimbach G, Rippo MR, Ritis K, Rizzi F, Rizzo E, Roach PJ, Robbins J, Roberge M, Roca G, Roccheri MC, Rocha S, Rodrigues CM, Rodríguez CI, de Cordoba SR, Rodríguez-Muela N, Roelofs J, Rogov VV, Rohn TT, Rohrer R, Romanelli D, Romani L, Romano PS, Roncero MI, Rosa JL, Rosello A, Rosen KV, Rosenstiel P, Rost-Roszkowska M, Roth KA, Roué G, Rouis M, Rouschop KM, Ruan DT, Ruano D, Rubinsztein DC, Rucker EB 3rd, Rudich A, Rudolf E, Rudolf R, Ruegg MA, Ruiz-Roldan C, Ruparelia AA, Rusmini P, Russ DW, Russo GL, Russo G, Russo R, Rusten TE, Ryabovol V, Ryan KM, Ryter SW, Sabatini DM, Sacher M, Sachse C, Sack MN, Sadoshima J, Saftig P, Sagi-Eisenberg R, Sahni S, Saikumar P, Saito T, Saitoh T, Sakakura K, Sakoh-Nakatogawa M, Sakuraba Y, Salazar-Roa M, Salomoni P, Saluja AK, Salvaterra PM, Salvioli R, Samali A, Sanchez AM, Sánchez-Alcázar JA, Sanchez-Prieto R, Sandri M, Sanjuan MA, Santaguida S, Santambrogio L, Santoni G, Dos Santos CN, Saran S, Sardiello M, Sargent G, Sarkar P, Sarkar S, Sarrias MR, Sarwal MM, Sasakawa C, Sasaki M, Sass M, Sato K, Sato M, Satriano J, Savaraj N, Saveljeva S, Schaefer L, Schaible UE, Scharl M, Schatzl HM, Schekman R, Schepher W, Schiavi A, Schipper HM, Schmeisser H, Schmidt J, Schmitz I, Schneider BE, Schneider EM, Schneider JL, Schon EA, Schönenberger MJ, Schönthal AH, Schorderet DF, Schröder B, Schuck S, Schulze RJ, Schwarten M, Schwarz TL, Sciarretta S, Scotto K, Scovassi AI, Scream RA, Screen M, Seca H, Sedej S, Segatori L, Segev N, Seglen PO, Seguí-Simarro JM, Segura-Aguilar J, Seki E, Seiliez I, Sell C, Semenkovich CF, Semenza GL, Sen U, Serra AL, Serrano-Puebla A, Sesaki H, Setoguchi T, Settembre C, Shacka JJ, Shajahan-Haq AN, Shapiro IM, Sharma S, She H, Shen CJ, Shen CC, Shen HM, Shen S, Shen W, Sheng R, Sheng X, Sheng ZH, Shepherd TG, Shi J, Shi Q, Shi Q, Shi Y, Shibutani S, Shibuya K, Shidoji Y, Shieh JJ, Shih CM, Shimada Y, Shimizu S, Shin DW, Shinohara ML, Shintani M, Shintani T, Shioi T, Shirabe K, Shiri-Sverdlov R, Shirihai O, Shore GC, Shu CW, Shukla D, Sibirny AA, Sica V, Sigurdson CJ, Sigurdsson EM, Sijwali PS, Sikorska B, Silveira WA, Silvente-Poirot S, Silverman GA, Simak J, Simmet T, Simon AK, Simon HU, Simone C, Simons M, Simonsen A, Singh R, Singh SV, Singh SK, Sinha D, Sinha S, Sinicrope FA, Sirko A, Sirohi K, Sishi BJ, Sittler A, Siu PM, Sivridis E, Skwarska A, Slack R, Slaninová I, Slavov N, Smaili SS, Smalley KS, Smith DR, Soenen SJ, Soleimanpour SA, Solhaug A, Somasundaram K, Son JH, So-

Psiquiatría en la problemática médico-legal

Ingrid Brunke

Cursando el posgrado de medicina legal me encuentro con la materia “Problemática de las especialidades”. No teníamos idea con mi grupo variopinto de colegas acerca del contenido ni de cómo se encararía la materia, hasta que nuestro docente, nos pidió que redactáramos, cada uno desde su especialidad, visión, experiencia, etc, cuáles eran los problemas a los que nos enfrentábamos en nuestra práctica cotidiana, que creyéramos que pudieran traernos algún conflicto de índole médico legal. A partir de ello trabajaríamos juntos la materia.

La propuesta resultó ser interesante. La idea no consistía en recurrir a un libro, en mi caso de Psiquiatría forense o Medicina legal, y recitar normas y leyes del arte de ser un buen médico bueno, al decir de Lain Entralgo, y no equivocarse en el ejercicio de la profesión, sino partir desde nuestro hacer cotidiano, y a partir de allí ver cómo aplicar la jurisprudencia.

“Cuáles son los problemas a los que me enfrento día a día en mi profesión?”

La lista parece corta por momentos, pero es inmensa, cuando uno la desmenuza. Eterna, si uno entra en el circuito obsesivo de querer que todo el sistema médico cumpla y funcione perfectamente. Pero, cierto, somos humanos. Por lo tanto ningún sistema es perfecto, y por eso existen los proble-

mas. De hecho, el hecho de ser “humano” se transforma en el primero y el más perfecto de los problemas.

Pero basta de filosofía, que esta es una materia con un pie puesto en el arte de curar y otro puesto en la ciencia de cumplir con la ley, y vuelvo a pensar sobre los problemas con los que me cruzo a diario.

Y así, este ejercicio personal se transformó en un artículo con el objetivo de compartir mis observaciones e invitarlos a elaborar las de ustedes, ampliando y/o complementando las mías.

Voy a comenzar contando que realizo mis prácticas en un hospital de comunidad, privado, donde veo pacientes internados por problemas clínicos o quirúrgicos por los que me llaman en Interconsulta, o a quienes asisto en consultorio externo. Atiendo también pacientes privados o de la prepaga de ese hospital en mi consultorio particular.

Antes de elaborar mi lista de problemas debo confesar que tengo grandes ventajas. Mi hospital tiene un departamento de riesgo legal, a quienes puedo acudir frente a cualquier duda. Cuento también con un programa de servicios especiales, con un equipo de asistentes sociales que pueden elaborar informes socio-ambientales de mis pacientes, y que los pueden ayudar con necesidades de acceso a la salud, ubicar familiares, etc. Además, al ser un hospital de comunidad, toda la atención médica y diagnóstica está centralizada en un único edificio, por lo que la comunicación entre los miembros del equipo de salud puede ser más fluida y centrada en la persona (si uno se lo propone). Y a pesar de tanto apoyo.....

Ahora sí, los problemas....

1) La nueva ley de salud mental.

Centrada en los “derechos humanos” del paciente a decidir un tratamiento o internación, impide en muchos casos el cumplir con una indicación médica adecuada, en la que muchas veces termina estando en riesgo la seguridad del paciente o de terceros. Si uno la analiza pareciera ayudar al médico a

deslindar responsabilidad (“ el paciente no quiso...y tiene derecho a decidir”). Pero no nos exime de ser responsables de nuestro actuar profesional. Y si el paciente resultara muerto o lesionado por no cumplir un tratamiento, o éste hiriera a terceros, seremos responsables de ello, o nos llevará un largo tiempo y bastante dinero demostrar que actuamos amparados en la ley. Si bien hay recursos a los cuales acudir, por ejemplo, un juzgado, y hacer la presentación pertinente de pedido de protección de persona, todo el proceso es bastante complicado, (ni hablar del tiempo que lleva y uno tiene que seguir trabajando), y mientras tanto el paciente queda “suelto”. En realidad la familia también debería ser responsable porque pueden o deben acudir a un juzgado (debieran ser ellos antes que el profesional los que deben solicitar ayuda a un juez) y pedir protección de persona, pero muchas veces no lo hacen por temor al mismo paciente, a perder su afecto o recibir luego “represalias” del mismo.

2) El hospital polivalente.

Desde hace varias décadas existen servicios de Psiquiatría en el hospital general. Pero la mayoría no tiene la infraestructura necesaria para la asistencia y contención del paciente psiquiátrico. Habitaciones sin rejas, consultorios externos con ventanas y puertas de vidrio, sin rejas, en pisos altos, ausencia de camas de internación adecuadas, personal de enfermería no entrenado..... Nuevamente acudimos a la actual ley de salud mental, que exige un área especial en el hospital general, con habitaciones con rejas, espacio de esparcimiento, etc. Esto va a llevar muchos años lograrlo, y el paciente entra en una suerte de puerta giratoria que es la guardia externa, que busca expulsar al paciente psiquiátrico.

3) El paciente.

Nuestra especialidad debe ser una de las que mayores dificultades tiene a la hora de lograr adherencia terapéutica. Requiere lograr una relación médico-paciente muy firme, basada

en el respeto y la empatía. Muchas veces el paciente está solo y debemos recurrir a asistentes sociales para que logren el acceso a salud y cuidados adecuados. El paciente no siempre quiere tratarse, no siempre quiere internarse o tomar medicación o hacer psicoterapia. Tiene autonomía, y hasta puede no estar de acuerdo con nosotros!

El punto “el paciente”, con sus derechos y obligaciones, abarca mucho más de seis renglones. Lo dejo librado a su imaginación...

4) La familia del paciente.

En algunas ocasiones la familia, por dificultades de acceso a acompañantes terapéuticos u otros accesos a la salud, se vuelve una suerte de enfermera, cuidador, acompañante, secretario, etc, del paciente. Lo cual lleva al famoso stress del cuidador del que ahora abunda material escrito. En otras ocasiones el familiar toma distancia y no acompaña al paciente en su tratamiento, en una suerte de abandono del mismo, y muchas veces queriendo responsabilizar al médico psiquiatra “si algo le pasa” (esa “amenaza” encubierta, llena de temores, enojos o desconocimiento de la familia, que puede complicarnos mucho...)

5) El equipo de salud del hospital polivalente.

Muchas veces no piden la Interconsulta cuando ingresa un paciente con patología psiquiátrica a internación de causa Clínica o quirúrgica, y hasta suelen suspender el tratamiento farmacológico habitual, desconociendo los riesgos. El personal de enfermería, como dije antes, no tiene entrenamiento en pacientes psiquiátricos, y toma distancia del mismo, a veces interpretando síntomas clínicos como parte de su problema intrapsíquico (a numerosos colegas también les sucede esto último).

6) La atención domiciliaria.

Si bien en la ciudad de Buenos Aires se encuentra bastante bien aceitado el proceso de manejo de un paciente psiquiátrico en domicilio, entre el SAME y al policía, los médicos de asistencia domiciliaria privada aún “huyen” del paciente psiquiátrico, por temor o desconocimiento, incurriendo a veces en faltas graves y dejando al familiar muy desorientado en el manejo de la urgencia psiquiátrica.

7) La investigación clínico-farmacológica.

Cada vez más frecuente, son muchos los pacientes que participan de protocolos de investigación de determinados fármacos. Surgen varios problemas. Los estudios doble ciego vs placebo no deberían existir, menos aún en pacientes con afecciones psicóticas o depresivas. Además no siempre se le explica al paciente de qué se trata el procedimiento. Si bien la mayoría de los protocolos establecen que no debe mencionarse el factor económico, muchos pacientes que llegan a consulta luego de haber participado con otro colega en este tipo de estudios relatan que el profesional le sugirió participar del mismo “para recibir el medicamento gratis.” Y no es poco común encontrar pacientes que mejoran con dicho tratamiento, y que al finalizar el protocolo no pueden seguir teniendo acceso al fármaco porque es costoso o se realizó el tratamiento en un centro privado al que no pueden seguir concurriendo porque no pueden abonar la consulta, transformándose en una suerte de abandono de paciente disfrazado de protocolo de investigación, y amparándose el profesional en que el paciente firmó un consentimiento informado, que, sabemos, muchas veces no fue comprendido ni leído en forma prolija ni adecuada.

8) La estigmatización.

El paciente con enfermedad psiquiátrica suele necesitar tramitar el certificado de discapacidad para acceder a beneficios que sino no obtendría (tratamiento farmacológico al 100%, por ejemplo). Esto redundaría en problemas posteriores

en el acceso a un empleo, entre otros. He visto también cómo, el paciente de hospital general, protesta por compartir la sala de espera con pacientes del servicio de Psiquiatría. La estigmatización también afecta al médico especialista en psiquiatría, el cual algunos colegas e incluso pacientes, creen que no sabe de medicina general, incurriendo en comentarios reduccionistas inadecuados.

9) Los certificados.

La confección de certificados médicos debería constituir una materia por sí misma en la carrera de medicina. Muchos colegas no saben redactarlos. Muchos colegas no saben respetarlos (reconocimientos médicos laborales). Hay una suerte de disociación entre lo que el profesional de indicar, lo que el paciente desea o solicita y la presión del médico laboral por enviar al paciente a trabajar. No hay que perder la objetividad ni dejarse llevar por favoritismos o amiguismo a la hora de confeccionarlos. Ni hablar de los aptos físicos para el gimnasio, los aptos psiquiátricos para el RENARD y los certificados de defunción. Aunque uno escriba en el mismo “al momento del presente examen”, el tema no pasa solamente por “cubrirse”, sino por encarar el acto médico de la confección del certificado con responsabilidad.

10) Las redes sociales.

El acto médico fue durante cientos de años un acto en el que el colega ve, escucha y revisa al paciente. En los últimos veinte años esto se ha modificado mucho: entrevistas por Skype, consultas por mail, envío de fotos de un rash cutáneo por WhatsApp, preguntas sobre cambios en la medicación o crisis de angustia por messenger o SMS, médicos que se hacen “amigos” de sus pacientes por Facebook..... Todo esto, si no es manejado en forma adecuada por el profesional, se transforma en iatrogénico, en una suerte de bola de nieve que estresa al

profesional más avezado, además de ponerlo en un riesgo legal enorme.....

Hasta aquí mi propio decálogo de los problemas que con mayor frecuencia observo o padezco en mi práctica cotidiana.

Ahhhh!

Pero me falta un punto no menor....

11) El médico

Y sí. Somos un problema médico- legal potencial. Las famosas “negligencia”, “impericia”, “mala praxis”..., otro punto que dejo como ejercicio propio de crítica y auto-crítica...

Creo que el mayor énfasis hay que ponerlo en volver a revisar la nueva ley de salud mental, trabajar más en la inclusión del paciente psiquiátrico en el hospital polivalente, dando una mayor jerarquía a los servicios de salud mental dentro del mismo, insistir en entrenar al profesional médico en la confección de adecuados certificados médicos, y establecer normas para lo que se viene en los cambios de la relación médico paciente a través de las redes sociales, con las implicancias médico legales que conlleva. Y, mis queridos colegas, no dejemos de trabajar en equipo.....

¿Y si los nutrientes pueden tratar las patologías mentales?

Javier Fabrissin

En números anteriores de Atlas, sin querer, veníamos aproximándonos al tema. En el Anuario del 2014 hacíamos mención a al artículo “Genomics of schizophrenia: time to consider the gut microbiome?” (<https://autowahneditora.wordpress.com/2014/12/22/atlas-anuario-2014/>); en el número 6 de Atlas ([https://ia801302.us.archive.org/8/items/ATLAS6julio2015/ATLAS6%20\(julio2015\).pdf](https://ia801302.us.archive.org/8/items/ATLAS6julio2015/ATLAS6%20(julio2015).pdf)) publicamos un artículo sobre la Gastropsiquiatría.

Pero los cursos que sigue la búsqueda de tratamientos para las patologías mentales exceden la previsión (la mía, al menos) y está llegando a extremos que no son otra cosa que un repliegue hacia el pasado. ¿Qué diferencia hay sino entre lo que se puede leer hoy en las revistas científicas sobre la utilidad de la dieta, no para mejorar la calidad de vida o ciertos valores nutricionales pero para tratar (con todas las letras) pacientes con padecimientos mentales? ¿Ciencia ficción de los '50 aplicada al presente; tecnología pre-farmacológica para suplantar años y millonadas de inversión en la búsqueda de nuevos psicofármacos?

En general, siempre que queremos decir algo, alguien antes lo dijo más o menos igual, muchas veces mejor. “Estamos en un punto crítico en la psiquiatría. Con pocos psicofármacos en el horizonte y estudios de largo plazo que sugieren que la medicación puede hacer más daño que beneficio, es hora de revisar la vieja idea de que la nutrición puede tener efectos positivos para la salud mental”. Con este párrafo comienza un artículo publicado en el número 49 del Australian & New Zealand Journal of Psychiatry (<http://anp.sagepub.com/content/49/5/407.full.pdf+html>) titulado “What if nutrients could treat mental illness?”. (1) ¿Qué es, entonces, lo que viene pisando fuerte en el cabaretero campo de los tratamientos psiquiátricos? Pues claro, la nutrición.

Hipocampo y dieta

En el que se promociona como el primer estudio que demuestra asociaciones entre la dieta y el volumen hipocámpico, Felice Jacka (¿habrá que empezar a memorizar estos nombres?) y sus colaboradores (uno de los cuales es de apellido Butterworth, lo que, teniendo en cuenta los resultados del estudio, suena como mínimo irónico) estudian en una población australiana el efecto del estilo alimentario en correlación con el tamaño hipocámpico. (2) Para ello, seleccionaron un grupo de personas nacidas entre 1937 y 1941 tomándoles una RM al comienzo del estudio y, otra, 4 años después. Además se les pidió que completaran un cuestionario sobre el estilo de alimentación, dividida en dos patrones: “dieta prudente” (saludable), que incluía el consumo de vegetales frescos, ensaladas, frutas y pescado grillado versus dieta occidental (no saludable): carnes, salchichas, hamburguesas... se imaginan cómo sigue la lista. Aunque en el camino se perdieron algunos, la muestra utilizada para el análisis terminó siendo de 255 personas. Descartando variables de confusión (DBT, HTA, sedentarismo, depresión, etc.), se encontró que el hipocampo izquierdo de los que comen mal disminuye de volumen de forma más significativa

que los que comen sano. Cabe destacar que el deterioro observado y atribuible a la dieta se observa en el hipocampo izquierdo, no en el derecho. Aparentemente esto se debería a que el izquierdo es más sensible al impacto degenerativo, al menos de acuerdo a ciertos estudios (incluyendo este que comentamos). Lo curioso es que en ninguna parte de este artículo se reporta una asociación entre el menor tamaño hipocámpico y el rendimiento cognitivo o alguna otra medida neurocognitiva.

Yogurt y Depresión

Lactobacillus acidophilus + Lactobacillus casei + Bifidobacterium bifidum (este último con nombre de hechizo de Harry Potter) es un cóctel bacteriano del que se probó su eficacia antidepresiva ([http://www.nutritionjrn.com/article/S0899-9007\(15\)00391-3/abstract](http://www.nutritionjrn.com/article/S0899-9007(15)00391-3/abstract)). (3) Claro, los pacientes venían tomando medicación, es decir que, en el mejor de los casos, se puede decir que potenciaron el efecto de los antidepresivos. Si bien es un estudio piloto de sólo 40 pacientes, la administración de estos probióticos, ayudó en una disminución del puntaje del Inventario de Beck para la Depresión en un promedio de 5,7 puntos en comparación con el 1,5 ($p=0,001$) correspondiente al placebo, aunque la desviación estándar para el primer grupo fue amplia (± 6.4). Por lo demás, puede resultar de importancia resaltar que todos estas probióticos son bacterias que componen la flora intestinal normal.

En el rubro de la depresión mencionaremos de pasada un trabajo algo extraño, debido a que, si bien se consideró el impacto en los síntomas depresivos, la investigación estaba más bien centrada en el efecto sobre la productividad laboral en empleados de la empresa de seguros GEICO, a quienes se les ofreció en la cafetería de la empresa una dieta vegana (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24524383>). (4). Los que aceptaron la dieta vegana en lugar de otras ofertas de la cantina de la empresa mejoraron de la depresión, de la ansiedad, de la fatiga, su bienestar general, y, oh sorpresa, sus dificultades laborales relacionadas con la salud.

Tengo el poder

Algún suspicaz podría argumentar que virtualmente cualquier intervención puede, en partes proporcionales, mejorar o empeorar la depresión. Es más difícil aseverar lo mismo para el caso del Trastorno por Déficit de Atención. (5) En el estudio de Rucklidge (segunda vez que es nombrada), se randomizó a 80 adultos con diagnóstico de ADD, que no hubieran sido tratado con anterioridad, en dos grupos, uno de los cuales recibió placebo y el otro un compuesto llamado EMPowerplus (no faltaron en los foros los críticos que se preguntaran cómo diferenciar a este compuesto del placebo y otros que se hicieron los graciosos preguntando si el placebo era un psicofármaco). El EMPowerplus tiene 36 ingredientes (14 vitaminas, 16 minerales, 3 aminoácidos y 3 antioxidantes) y su mecanismo de acción es “proveer el adecuado balance entre vitaminas y minerales” y se lo administró en 5 cápsulas cada 8 horas. La eficacia, en términos del tamaño del efecto contra el placebo osciló entre 0,46 y 0,67, mejorando en las dos dimensiones del cuadro (la atención y la hiperactividad). A su vez, en aquellos pacientes con depresión se observó una eficacia aún mayor (<http://bjp.rcpsych.org/content/204/4/306.long>).

La vuelta de tuerca

Como decíamos, el tema no es para nada nuevo, pero se trata de un campo que viene creciendo de forma significativa en los últimos años. Existe una Sociedad Internacional para la Investigación en Psiquiatría Nutricional que fue creada hace unos años y que hace exactamente un año publicó en The Lancet Psychiatry una especie de proclama sobre la importancia que le atribuyen a la temática ([http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(14\)00051-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(14)00051-0/abstract)). (6) El punto que se señala en este artículo es que no sólo es necesaria una dieta saludable, sino que también se pueden prescribir nutrientes para mejorar la salud mental. Nutrientes tales como Ácido Graso omega-3s, Vitaminas B, hierro, coli-

na, zinc, magnesio, vitamina D, entre otras tendrían probado su efecto positivo a nivel de los padecimientos mentales. Los autores llaman a esto “nutracéuticos” (nutraceuticals) en lo que parece ser una unión entre la idea de un inocuo nutriente con la de un científico producto farmacéutico. Y, al menos en precio, no parece haber tanta diferencia entre un psicofármaco y un producto nutricional. Por ejemplo, si uno quisiera comprar un frasco de 120 cápsulas del EMPowerplus para el tratamiento del ADD, deberá desembolsar U\$S 70 (más gastos de envío) (<https://store.truehope.com/us/empowerplus-advanced.html>). Si uno quiere tomar la misma dosis que la probada en el estudio, un frasco alcanza para 3 días, por lo cual necesitaría unos 10 frascos por mes. Hagan ustedes el cálculo mensual.

Digestión

Digamos que una cosa es recomendar una buena alimentación, insistir en el cambio de pautas dietéticas (y hábitos en general) y otra es transformar sutilmente eso en la ocasión para ofrecerle al público algún tipo de producto “natural”, de suplemento o lo que sea, que cumpla las veces de “nutracéuticos”. Un producto farmacéutico, a fin de cuentas.

Otra cosa que hay que digerir al leer estos estudios es que la mayoría tienden a reivindicar la inteligencia y astucia de nuestros antepasados homínidos, alegando que antes (antes = hace miles de años) la gente comía mejor (7) y que la civilización, bla, bla, bla. O la actitud militante tal como se vio en un Simposio del Congreso de la APA, en donde se ofrecieron platos de ostras a los asistentes aduciendo que esa es el alimento que mejor va para las características del humano. Dicho sea de paso, el Simposio en cuestión era a la hora del desayuno.

Otra cosa para rumiar, es que a esta altura de la psiquiatría, se está bastante próximo a comenzar a afirmar cosas tales como que masticar chicles funciona para la depresión, que atarse el cordón con la mano izquierda es bueno para la ansiedad o que tal tomó diez litros de agua y le aumentó la corteza prefrontal.

Y finalmente, estudios que analizan la función de ciertos nutrientes, ciertos alimentos, ciertas dietas como principio “farmacológico activo” hasta hace unos años eran propios de publicaciones seudocientíficas, eran material para amenizar noticieros y no mucho más. Cuántos tratamientos para mejorar la salud mental nos estaremos perdiendo por relegarlas al rincón de lo poco serio, de lo carente de fundamentos científicos.

Rucklidge J. et al. What if nutrients could treat mental illness? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2015, Vol. 49 (5): 407-408.

Jacka FN et al. Western diet is associated with a smaller hippocampus: a longitudinal investigation. *BMC Med* 2015; 13: 215.

Akkasheh G et al. Clinical and metabolic response to probiotic administration in patients with major depressive disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Nutrition*. 2016 Mar; 32(3): 315-320.

Agarwal U. A multicenter randomized controlled trial of a nutrition intervention program in a multiethnic adult population in the corporate setting reduces depression and anxiety and improves quality of life: the GEICO study. *Am J Health Promot* 2015;29(4): 245-54.

Rucklidge JJ et al. Vitamin-mineral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults: double-blind randomised placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2014; 204:306-315.

Sarris J et al. Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *Lancet Psychiatry*, 2015 Mar;2(3):271-274.

Selhub et al. Fermented foods, microbiota, and mental health: ancient practice meets nutritional psychiatry. *Journal of Physiological Anthropology* 2014, 33:2

Cierre

ATLAS 9 finaliza acá. Nos vemos el próximo número.
Winter is coming.

SUSCRIPCIÓN

Si desean recibir en sus casillas de mails los número anteriores y los que seguirán, enviénnos un mail a **maildeatlas@gmail.com** y encantados les cumpliremos ese deseo.

Ediciones anteriores disponibles en :
bibliotecaatlas.wordpress.com

